BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CHAUVEL
Secrétaire général,

ET

MM. GILLETTE ET DELENS
Secrétaires annuels.



TOME XI. — 1885.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
1885



BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfrang GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.

MM.

1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1885

Président........................	MM.	S. DUPLAY.
Vice-président...................		HORTELOUP.
Secrétaire général...............		CHAUVEL.
Secrétaires annuels..............		GILLETTE et DELENS
Trésorier........................		BERGER.
Archiviste.......................		TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.

3 novembre 1875.	— Blot, titulaire de	1861
1er avril 1874	— Boinet	1850
27 février 1867	— Bouley (H.).	
23 janvier 1861	— Deguise, titulaire de	1844
29 mars 1882	— Dubreuil	1872
19 octobre 1881	— Forget (A.)	1849
5 juillet 1882	— Giraud-Teulon	1869
1er avril 1863	— Gosselin	1855
15 mars 1876	— Guérin (Alphonse)	1853
22 novembre 1882.	— Guyon (Félix)	1863
20 décembre 1867.	— Larrey (baron)	1849
9 mai 1877	— Le Fort (Léon)	1865
6 mars 1872	— Legouest	1859
28 mars 1860	— Maisonneuve. — M. fondateur	1843
9 mars 1881	— Marjolin. — M. fondateur	1843
25 janvier 1860	— Monod. — M. fondateur	1843
19 mai 1880	— Perrin (Maurice). Titulaire de	1865
26 mai 1880	— Panas	1865
9 juillet 1879	— Paulet	1868
4 décembre 1867.	— Richet	1852
27 mars 1850	— Ricord	1844
19 décembre 1883.	— Tarnier	1865

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

16 février 1876.... — Anger (Théophile).
12 juin 1878...... — Berger.
12 mars 1884 ..... — Bouilly.
4 janvier 1882 ... — Chauvel.
15 avril 1868...... — Cruveilhier.
3 janvier 1877 ... — Delens.
19 janvier 1853... — Desormeaux.
25 octobre 1865... — Després.
24 juin 1868...... — Duplay.
24 octobre 1877... — Farabeuf.
31 mai 1876 ...... — Gillette.
12 février 1868.... — Guéniot.
8 juin 1870...... — Horteloup.
21 juin 1865...... — Labbé (Léon).
12 juin 1872...... — Lannelongue.
9 juillet 1873 .... — Le Dentu.
30 juin 1875 ...... — Lucas-Championnière.
11 décembre 1872. — Magitot.
3 mai 1882....... — Marchand.
7 juillet 1880 .... — Monod (Ch.).
18 février 1880.... — Nepveu
1 avril 1874 ..... — Nicaise.
14 avril 1875 ..... — Perier.
2 avril 1873..... — Polaillon.
27 avril 1881 ..... — Pozzi.
18 avril 1883...... — Reclus.
6 décembre 1882. — Richelot.
27 février 1867.... — de Saint-Germain.
13 mai 1868 ...... — Sée (Marc).
15 juillet 1874.... — Terrier.
22 octobre 1879... — Terrillon.
31 janvier 1866... — Tillaux.
5 juin 1861...... — Trélat.
22 décembre 1852. — Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).

Arlaud, ex-directeur du service de santé de la marine à Toulon.

Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.

Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Azéma, à l'île de la Réunion.

Baizeau, médecin inspecteur de l'armée, en retraite.

Baudon, à Nice.

Beau, à Brest.

Benoit, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier

Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.

Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine.

Bœckel (Jules), à Strasbourg.

Bœckel (Eugène), à Strasbourg.

Boissarie, à Sarlat.

Bouchacourt, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).

Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Cazin, à Boulogne.

Cauvy, à Béziers.

Champenois, médecin-inspecteur de l'armée, en retraite.

Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.

Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

Chipault, à Orléans.

Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.

MM. Colson, à Noyon.
Combalat, professeur à l'École de Marseille
Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.
Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin principal de l'armée.
Davat, à Aix-les-Bains.
Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Decès (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon.
Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.
Denucé, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Desgranges, ex-professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École de médecine d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Dieu, médecin pricipal de l'Armée.
Duboué, à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, professeur à l'École de médecine de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Ehrmann, à Mulhouse.
Fleury, professeur à l'École de médecine de Clermont.
Follet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Gaujot, médecin-inspecteur de l'Armée.
Gayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Malherbes fils, professeur de l'École de médecine à Nantes.
Martel, Chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Mascarel, à Châtellerault (Vienne).
Maunoury, chirurgien honoraire de l'hôpital de Chartres.
Maunoury (Gabriel), chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Mollière (Daniel), chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin principal de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

MM. Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Parise, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Pilate, chirurgien adjoint de l'hôpital d'Orléans.
Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Poinsot, Bordeaux.
Poncet, médecin principal de l'armée.
Poulet, médecin-major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, médecin-inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Roux, de Marseille.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin principal de l'armée, en retraite.
Silbert, à Aix.
Stolz, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, ex-médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, chirurgien en chef de l'hôpital de Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français.
Védrenes, médecin-inspecteur de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux; Marseille.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

MM.

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin.
11 janvier 1882..... — ARLT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
16 janvier 1884..... — CORRADI, Milan.
7 janvier 1880.... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
5 janvier 1870.... — HELMHOLTZ.
30 juillet 1856 ..... — LANGENBECK, Berlin.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
21 janvier 1885..... — PELLIZARRI, Florence.
30 juillet 1856...... — PORTA, Pavie.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
3 janvier 1866..... — VANZETTI, Padoue.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

MM.

10 janvier 1877..... — Albert, Vienne.
10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
11 janvier 1882..... — Annandale, Édimbourg.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845. — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
10 janvier 1877..... — Bryant, Londres.
3 janvier 1865..... — Brown-Sequard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
mars 1867....... — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
31 décembre 1861... — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — Emmert (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859 ..... — Fabri, Ravenne.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1864. .. — Gamgee (Samson), Birmingham.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.
9 janvier 1879 .... — Gritti, Milan.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — Hannover, Copenhague.

15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — HOLMES, Londres.
2 janvier 1865.... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
16 janvier 1884..... — JULLIARD, Genève.
13 janvier 1869.... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859...... — LARGHI, Bologne.
21 janvier 1885.... — LEWIS STIMSON, New-York.
16 janvier 1884..... — LUCAS (Clément), Londres.
6 juillet 1859...... — MAC-LEOD, Glascow.
22 octobre 1856.... — MAYOR (fils), Genève.
8 janvier 1868..... — MAZZONI, Rome.
13 janvier 1864.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
3 janvier 1883..... — MOSETIG-MOORHOF, Vienne.
3 janvier 1865.... — NEUDÖRFER, Prague.
8 janvier 1868.... — PEMBERTON, Birmingham.
8 janvier 1862.... — PIACHAUD, Genève.
21 janvier 1885.... — PLUM, Copenhague.
6 juillet 1859...... — RIED, Iéna.
9 janvier 1878.... — REVERDIN, Genève.
7 janvier 1880.... — ROSE, Zurich.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
7 janvier 1880.... — SABOIA, Rio-Janeiro.
2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
3 janvier 1883..... — SANDS, New-York.
31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
21 janvier 1885.... — SALTZMANN, Helsingfors.
10 janvier 1877..... — SAXTORPH, Copenhague.
mars 1867....... — SIMON (John), Londres.
3 janvier 1865.... — STEPHEN-SMITH, New-York.
21 janvier 1885.... — STUDSGART, Copenhague.
31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — TESTA, Naples.
6 juillet 1869...... — THOMPSON (Henry), Londres.
7 janvier 1880.... — TILANUS, Amsterdam.
11 janvier 1882..... — ZANCAROL, Alexandrie (Égypte).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : LE PRIX DUVAL, LE PRIX LABORIE, LE PRIX GERDY et LE PRIX DEMARQUAY ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante: « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1882 jusqu'au 1er novembre de l'année 1883 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1883.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par madame veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires ; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que *les membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie et Gerdy.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Art dentaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Bulletin et mémoires de la Société de thérapeutique. — Bulletin général de thérapeutique. — Courrier médical. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Gazette d'ophthalmologie. — Journal de médecine de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Journal de thérapeutique. — Médecine contemporaine. — Moniteur thérapeutique. — Le Patricien. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue militaire de médecine et de chirurgie. — Revue des sciences médicales. — Revue scientifique de la France et de l'Etranger. — Semaine médicale. —Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale. — Union pharmaceutique.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse.— Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. —Mémoires de la Société de médecine de Nancy.—Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Revue médicale et pharmaceutique du Midi. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annales de l'Association Larrey (Mexico). — Annals of Anatomy and Surgery (Brooklyn). — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the national board of Health (Washington). — British medical Journal (Londres). — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela

de medicina (Mexico). — Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou. — Gaceta de Sanitad milita (Madrid). — Gazetta medica italiana lombardia (Milan).—Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — L'Indipendente (Turin). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres).—Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

NOUVELLE SÉRIE.

Séance du 7 janvier 1885.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. Bryant, de Guy's Hospital, envoie un exemplaire de la 4e édition de son *Traité de chirurgie;*

3° M. Diday, à l'occasion de la note lue par M. Horteloup sur l'*adénite chancreuse,* envoie la note suivante dont le secrétaire général donne lecture :

Du bubon chancrelleux, par M. le Dr Diday.

Le bubon *chancrelleux* est-il un bubon d'absorption? Dans sa très intéressante communication, M. Horteloup répond par l'affirmative, et répond péremptoirement, puisque, de par la clinique et

de par l'expérimentation, il établit qu'il en peut être, qu'il en doit être, qu'il en est ainsi.

Pourtant les battus n'étant pas contents, ce semble, — c'est leur droit, quoique, en la circonstance, ils me paraissent bien difficiles! — voulez-vous accueillir dans vos rangs un vieux tirailleur? J'aime le sujet et prétends m'y connaître, car en fait de bubons de cette espèce.

J'en ai vu et j'en ai eu.

J'en ai vu à l'époque où ils foisonnaient; et j'en ai eu un à l'âge où je pouvais, voulais et savais observer.

Aux signes par lesquels M. Horteloup a fort bien caractérisé l'individualité du bubon chancrelleux, j'ajouterai la *douleur*.

Ce foyer est douloureux d'une façon particulière; particulière quant à la nature de cette sensation et particulière aussi quant à l'époque où elle se produit. Ce dernier point surtout touche à la polémique actuelle.

Autrefois, dès qu'on avait incisé le foyer, on poussait entre les bords de l'incision une mèche de charpie. Eh bien! cette pratique irrationnelle nous servira du moins à démontrer la vive sensibilité dont, *à ce moment,* était douée la face interne du foyer. Si, quoiqu'on la poussât doucement, on poussait la mèche trop profondément, l'opéré ou ressautait ou criait plus que de raison pour un si faible attouchement.

Mais c'est sur la souffrance consécutive que j'ai à m'expliquer : car celle-là *quamque ipse*..... Et puisse ce fragment des *Mémoires d'un chancrellisé* ne pas vous paraître trop inopportun!

Lorsque, en 1851, je m'inoculai à la lancette sur le fourreau la chancrelle d'un chat, je n'éprouvai, les trois premiers jours, que peu de douleur. A ce moment, la pustule, bien formée, fut cautérisée au canquoin; or, cette cautérisation, plus que suffisante en profondeur, avait été insuffisante en largeur. Aussi l'inoculation de la surface cautérisée eut-elle lieu, et m'en advint-il ultérieurement une chancrelle phagédénique. Mais revenons.

La cautérisation, ai-je dit, avait détruit *toute l'épaisseur de la peau.* Aussi, cinq jours après, sentis-je, étant assis, au théâtre, une vive, extrêmement vive douleur envahir l'endroit malade. C'était l'inoculation qui s'opérait, c'était le processus érosif qui attaquait la couche profonde du tégument.

Bon : les semaines se passent, une adénite se forme. Mon ami Pétrequin l'ouvre par une incision correcte. — Quatre ou cinq jours après, n'ayant pas quitté le lit, je ressens au lieu incisé une douleur violente à me faire pleurer!

C'était le même processus érosif qui de nouveau s'attaquait, et il mordait bien, je vous assure — aux *mêmes couches profondes*

et nerveuses du tégument. Cette douleur se prolongea deux ou trois heures.

Second caractère. Contre ces douleurs, soit de l'incision, soit de l'intérieur du foyer (ces dernières existant dès l'ouverture faite), bains, cataplasmes, narcotiques ne peuvent rien; seules les injections de nitrate d'argent les calment.

Ces faits d'observation établissent que l'état chancrelleux du bubon préexiste à l'évacuation du pus.

La théorie nouvelle prétend que l'adénite coexistante avec l'ulcère mou est une inflammation simple; que si elle devient chancreuse — je dis, moi, *chancrelleuse*, pour éviter une méprise — c'est qu'accidentellement quelque parcelle de sécrétion chancrelleuse aura touché et inoculé la plaie d'ouverture du bubon !

Ceci évidemment peut expliquer quelques cas; et je me souviens d'en avoir vu un exemple, montré comme exception par Ricord à sa clinique.

Mais à ceux qui en font la règle, je pose quatre questions :

1° Bien souvent, à l'hôpital comme en ville, surtout dans les hôpitaux militaires, des bubons — quelle qu'en soit l'espèce — sont traités par la méthode des vésicatoires. Eh bien! ces inoculations accidentelles ont beau jeu pour se produire là, à l'aine, dans la région même où on les dit si fréquentes, sur ces surfaces vésiquées, excoriées, souvent saignantes. — En voit-on? Et combien de fois?

2° Les bubons fluctuants — quelle qu'en soit l'espèce — sont ordinairement ouverts par incision. Cette incision a une certaine étendue; — j'ai même entendu dire qu'on en revient maintenant aux *coups de sabre* de 4 ou 5 centimètres! — Eh bien! si cette plaie d'incision est inoculée par une goutte contagieuse venue du dehors, l'*érosion chancrelleuse* de la surface incisée commencera par un point, par le point que la goutte a touché, pour s'étendre ensuite de proche en proche. — En est-il ainsi? Non; on voit toujours les bords de l'incision devenir simultanément, dans toute leur longueur, festonnés, déchiquetés, pultacés; preuve qu'ils ont été inoculés *a vergo*, de dedans en dehors, par le pus qui coule à pleins bords sur ces bords.

3° Quand les bords de l'ouverture faite à un bubon deviennent chancrelleux, cette transformation de la plaie simple en ulcère spécifique se fait *toujours*, devient apparente, vers le cinquième ou sixième jour. Or, si cette transformation est, comme on le soutient, due à l'apport accidentel d'une parcelle contaminante venue d'une source extérieure, me dira-t-on par quel singulier hasard ce singulier accident n'a jamais lieu après le premier septénaire?

4° Enfin de même que, comme M. Horteloup l'a parfaitement établi, il y a des bubons de telle physionomie qu'on peut prédire, avant de les ouvrir, qu'ils seront chancrelleux, de même il y en a — les strumeux — desquels à coup sûr, par contre, on peut affirmer qu'ils ne le deviendront pas. Celui qui les porte à une chancrelle; il est dans un hôpital de vénériens, exposé par conséquent à toutes ces causes de réinoculation qui seules, dit-on, font les bubons chancrelleux. N'ayez crainte : strumeux ils naquirent, strumeux jusqu'au bout ils resteront.

Rapport.

La réunion primitive dans les amputations du sein. Rapport sur une note de M. Mouchet, de Sens, par M. Championnière.

M. Mouchet, de Sens, nous a adressé un mémoire sur la réunion dans les plaies d'amputation du sein. C'est une question d'actualité, car, l'auteur le dit fort bien, on n'est pas tout à fait d'accord sur le mode de procéder à l'ablation des tumeurs.

Cependant le désaccord est plus apparent que réel et l'on pourrait diviser les chirurgiens en deux classes : dans l'une, très moderne, les chirurgiens disciples de Lister, ayant adopté ses principes et ses pratiques sans restriction. Ceux-là sont tous partisans de la réunion primitive, tous la recherchent et aucun d'eux n'accorde qu'elle présente d'inconvénients possibles.

Les autres ont, plus ou moins, adopté l'emploi des substances antiseptiques; ils mettent un certain éclectisme dans le choix des cas de réunion, ils font souvent la réunion partielle; un certain nombre admettent que, dans le cas de tumeurs petites, la réunion partielle est possible. Mais, pour la plupart d'entre eux, la réunion de grandes plaies du sein est redoutable; elle expose aux phlegmons, à l'érysipèle. Quelques-uns la proscrivent toujours.

Le travail de M. Mouchet n'est pas long. L'auteur se contente de rappeler qu'il a fait 11 amputations du sein lui ayant donné 11 fois la réunion dans d'excellentes conditions, et il donne le détail de ses cinq dernières observations. Ces observations sont très probantes, à quelques petites réserves près, sur lesquelles nous reviendrons.

L'auteur a d'autant mieux fait d'apporter ce résultat très intéressant de son expérience, que l'on disait volontiers, il y a peu de temps encore : il n'y a qu'à Paris que la réunion manque; en province tout le monde la fait. Or, M. Mouchet le dit avec pleine jus-

tice, que c'est depuis la généralisation de la méthode de Lister que la réunion sans suppuration a pu être obtenue d'une façon générale, et cela s'applique, on le voit, à la province.

Non seulement nous l'approuvons de tous points, mais nous le dépasserons de beaucoup dans la généralisation. La réunion immédiate est un élément inséparable de la chirurgie moderne. La réunion des plaies n'avait été qu'entrevue autrefois. Aujourd'hui on peut dire que, quelle que soit la plaie, pourvu qu'il existe des parties molles, le chirurgien la devra fermer; qu'il y ait des os, des cartilages, des séreuses à recouvrir, peu importe. Mais le résultat ne saurait être assuré ni obtenu sans dangers si le chirurgien, peu croyant ou négligent, cherche à se soustraire aux minutieux détails de la chirurgie antiseptique.

Oui, il est bien vrai que la réunion immédiate expose aux suppurations, aux décollements ; oui, il est bien vrai qu'avec elle l'érysipèle est plus commun, mais cela n'est vrai que pour une plaie septique ; et dans les opérations faites pour les tumeurs du sein la démonstration en est peut-être plus nette que pour toutes les autres plaies. L'asepticité complète est la condition première; des précautions sont nécessaires pour assurer la réunion; mais la condition première manquant, aucune ne suffit.

Il y a des régions où les plaies se protègent facilement, la sécrétion est médiocre, et, pourvu que des précautions aient été grossièrement prises, la réparation se fait assez souvent sans encombre, et bien des chirurgiens s'en contentent. Au sein, lorsque l'ablation est totale et surtout lorsque l'aisselle a été largement ouverte, il n'en est pas ainsi. La protection de la plaie demande beaucoup de méthode; je profiterai de ce rapport pour insister sur quelques points peu connus.

Sans insister sur toutes les précautions communes, je rappelle que pour l'amputation du sein, comme pour toutes les opérations qui n'ouvrent pas de cavités, on peut se passer du pulvérisateur, ce qui a l'avantage de ne pas refroidir l'opéré. En revanche, pour le pansement, je recommande de ne pas en négliger l'emploi.

La plaie faite, il faut prêter une grande attention à ce qu'il ne se forme pas de cloisons derrière les lambeaux, et, au besoin, largement diviser au bistouri.

L'hémostase doit être complète, pour diminuer l'abondance de l'écoulement.

Les sutures profondes, sauf de bien rares cas, me paraissent inutiles aujourd'hui. En revanche, j'attache beaucoup d'importance à ce que les sutures soient très multipliées et à ce qu'un bon nombre d'entre elles soient tout à fait superficielles, de façon à s'opposer à tout enroulement de peau.

Je les fais toutes au crin de Florence, dont j'ai tellement généralisé l'emploi qu'il n'y a guère d'opération sans lui maintenant.

Le drainage me paraît avoir, dans la réunion des immenses lambeaux que l'on fait au sein, une importance capitale, et je reprocherais volontiers à M. Mouchet de n'avoir pas suffisamment insisté sur ce point, au moins dans son mémoire.

De gros tubes de caoutchouc rouge l'effectuent bien, et si on peut faire une contre-ouverture pour permettre la réunion totale de la plaie opératoire, on sera dans d'excellentes conditions. Mais, à tous les tubes à drainage, je préfère les tubes en caoutchouc durci que j'ai fait construire; leur calibre ne s'efface pas, malgré une bonne compression. On les retire le second ou le troisième jour; et il faut les enlever définitivement vers le quatrième jour. Le drainage doit être largement fait au début; il doit être supprimé le plus rapidement possible. Quant à la suppression absolue du drainage, je n'oserais guère, pour ma part, la tenter que pour des tumeurs de bien petit volume.

Le pansement, surtout le premier, doit être très large; on doit lui donner toutes les conditions d'asepsie possibles; la compression avec des éponges rend grand service et je la pratique toujours. Le premier pansement doit être renouvelé le lendemain. Les pansements retardés ne sont pas favorables, en général, à une réunion linéaire. On pourrait faire une réserve pour les rares cas où la plaie est petite et donne peu d'écoulement.

L'addition d'une certaine quantité d'iodoforme assure beaucoup l'asepticité de la plaie; j'ai souvent ajouté avec succès de la poudre de benjoin et de la poudre d'aloès.

Quels sont les résultats de l'opération? La réunion dans presque tous les cas. Lorsque la réunion échoue, c'est que la plaie était septique.

On nous dit quelquefois que nous n'obtenons que la réunion superficielle. C'est le contraire qui arrive, la réunion profonde ne manque presque jamais; ce qui manque quelquefois, c'est la réunion de la peau sur une très courte étendue, quand on laisse un pansement irritant un peu longtemps, quand on lave au sublimé ou quand on laisse en contact avec de l'iodoforme.

Dans quelques cas rares la réunion a manqué franchement. J'en ai observé un cas curieux chez une femme dont les points de suture avaient été placés avec une aiguille de Reverdin malpropre. J'en ai vu un autre chez une femme chez laquelle j'avais cru pouvoir laisser, sans le déplacer, un pansement trois jours de suite.

Dans ces cas, qu'est-il arrivé? un retard dans la réparation, qui a demandé environ près de 35 jours dans un cas et deux mois

passés dans l'autre ; mais aucune conséquence grave; la réunion manquant, nous nous sommes trouvé dans le cas où nous aurions été en opérant comme tout le monde; encore y avait-il une partie de réunion conservée.

J'ai vu un cas d'érysipèle à la campagne dans un cas où les règles les plus élémentaires de l'antisepsie avaient été violées ; ce n'était pas du reste une amputation du sein mais une opération pour cinquième récidive axillaire. A l'hôpital rien de pareil, et l'un des deux cas de suppuration dont je parle plus haut a été vu en ville.

Le résultat définitif est que les malades guérissent très rapidement. Après l'ablation d'un sein avec ganglions, après huit jours écoulés, toute réunion est faite, les tubes et les sutures sont enlevés. Les malades séjournent très rarement un mois à l'hôpital; 15 jours à 3 semaines donnent la moyenne.

Quelle sera la conséquence de cette rapidité de guérison sur la récidive? il est impossible de le prévoir. Jusqu'à présent quelques malades, attentivement suivies, nous donnent bon espoir que la récidive sera plus longue à venir. L'avenir seul nous l'apprendra ; on revoit peu les malades d'hôpital et il faut longtemps pour recueillir les faits probants.

Mais, quels que soient ces résultats définitifs, même s'ils n'étaient pas supérieurs à ceux des opérations faites dans d'autres conditions, il n'est pas indifférent pour une opérée de guérir en quelques jours au lieu de plusieurs semaines et plusieurs mois souvent. Ces malades ne souffrent guère et n'ont pas de fièvre.

Mais ce résultat parfait ne peut être obtenu que par une observation correcte de la méthode de Lister, et celle-ci est plus difficile à appliquer au sein qu'en toute autre région.

C'est pour cela que nous devons savoir gré à M. Mouchet d'avoir traité cette question dans son mémoire.

Je vous propose de déposer aux archives ses intéressantes observations.

M. Mouchet, de Sens, un de nos anciens collègues d'internat, est candidat à une place vacante de membre correspondant, et j'appelle sur lui l'attention de la commission.

Discussion.

M. Verneuil. Je me déclare hostile à toute espèce de réunion immédiate des plaies d'amputation du sein, et j'imite en cela beaucoup de chirurgiens qui, après avoir réuni ces plaies pendant une partie de leur vie, ont abandonné cette pratique, sauf lorsqu'il

s'agit de toutes petites tumeurs bénignes, dont l'ablation ne laisse après elle qu'une plaie insignifiante.

La réunion des plaies dont il s'agit présente de grands dangers.

Cette réunion, ainsi que l'a dit Chassaignac, ainsi que l'a reconnu M. Trélat, est plus difficile au sein que partout ailleurs, et cette difficulté d'exécution constitue à mes yeux un premier et très sérieux argument contre cette méthode de pansement.

Les cas où cette réunion est impossible, c'est-à-dire ceux dans lesquels la plaie ayant 12 à 15 centimètres de large ne peuvent se rapprocher quelles que soient les tractions exercées sur leur bord, sont très fréquents. Pour remédier à cet inconvénient, on est porté fatalement à faire des opérations parcimonieuses; or, ces opérations exposent plus que toute autre à la récidive rapide.

M. Lucas-Championnière pense que la réunion immédiate de la plaie met plus facilement à l'abri de la récidive que la réunion par bourgeonnement. Je crois le contraire, et je n'en veux pour preuve que ce fait de la très grande rareté des récidives locales parmi les femmes opérées dans mon service.

En ce qui concerne la guérison de la plaie opératoire, voici une statistique faite par mon interne, M. Valude, qui prépare en ce moment un travail sur ce sujet. Elle prouve la bénignité très grande de l'opération en tant que traumatisme.

Sur 35 opérées, tant à l'hôpital qu'en ville, j'ai eu un décès, celui d'une femme dont le cancer avait eu une marche particulièrement rapide. Je crois qu'elle avait un foyer cancéreux dans un organe profond.

A côté de ces faits, je puis ajouter cette considération que parmi mes opérées non réunies je n'ai eu ni érysipèle, ni autre complication opératoire. Le seul érysipèle pour amputation du sein que j'ai observé est relatif à une jeune fille, opérée pour un petit adénome. Comme la plaie était fort petite, je me crus autorisé à réunir. Mal m'en a pris, comme vous le voyez.

Les cas de ce genre seront très rares à l'avenir; je préférerai exagérer ma tendance à repousser la réunion immédiate, plutôt qu'à me rapprocher de ceux qui adoptent cette méthode.

La cure est longue, m'objecte-t-on, lorsque vous ne réunissez pas. Cette longueur du traitement est incontestable. Lorsque j'ai dû fouiller l'aisselle, les plaies mettent deux mois, en moyenne, pour arriver à cicatrisation complète ; mais il faut bien savoir que les malades peuvent se lever dès le quinzième jour, et que vers la troisième semaine il ne leur reste plus qu'une belle plaie bourgeonnante, qui n'empêche pas les malades de retourner dans leur foyer.

Or, que voyons-nous avec la réunion immédiate ? Lorsqu'elle réussit, les malades peuvent se lever dès le quinzième jour, pas avant, comme dans le cas précédent, et presque toujours il leur reste soit un trajet, soit une portion de leur plaie qui ne s'est pas réunie, et dont la guérison définitive est également très longue.

Le mode de pansement que j'ai adopté est le pansement antiseptique ouvert.

M. Després. Je suis heureux de voir M. Verneuil reprendre les opinions soutenues par Velpeau et Nélaton et tous les chirurgiens arrivés à la période de maturité dans leur carrière, relativement au pansement des tumeurs du sein. Ces opinions, je les ai soutenues au moment de la discussion sur le pansement antiseptique, et je n'ai pas changé d'avis depuis cette époque.

La réunion immédiate à la suite des amputations du sein est un trompe-l'œil : on considère la guérison comme définitive au bout de quinze jours, mais on oublie, comme le disait fort bien M. Verneuil, un trajet fistuleux ou une plaie suppurante qui n'est cicatrisée que longtemps après.

J'ai opéré deux malades atteintes de récidive à la suite d'une amputation pour laquelle M. Parise et M. Nélaton avaient tenté la réunion immédiate. J'appris d'elles qu'elles n'avaient été considérées comme guéries que du vingt-deux au vingt-cinquième jour, et que dans le fait elles ne purent s'habiller comme tout le monde que du trente-cinquième au quarantième jour.

La récidive sans réunion se produit généralement entre la première et la seconde année, elle est plus rapide après la réunion immédiate, parce que les chirurgiens qui pratiquent cette méthode de pansement ne font jamais de perte de substance assez grande.

La réunion par première intention prédispose aux érysipèles en raison du tiraillement des lèvres de la plaie. Sur les douze femmes que j'ai opérées cette année, pas une n'a eu d'érysipèle. Je n'ai pas observé non plus un seul cas d'infection purulente ; or, M. Polaillon, qui fait la réunion, a publié récemment une observation de cette nature.

Mon pansement est toujours le même, il consiste à mettre sur la plaie de la charpie et du cérat.

M. Trélat. La réunion immédiate et le pansement ouvert sont également applicables au traitement des plaies d'amputation du sein, cela dépend de chaque cas particulier, et sous ce rapport notre manière de voir ne diffère pas essentiellement de celle de M. Verneuil. Il nous dit qu'il exagère un peu sa tendance à rejeter

la réunion immédiate, admettons que de notre côté nous exagérions la tendance inverse, et l'accord ne tardera pas à être complet entre nous.

M. Després nous dit que Velpeau et Nélaton ne faisaient pas de réunion immédiate, cela est vrai, mais il devrait ajouter que s'ils ne la faisaient pas, c'est qu'ils ne savaient pas la faire comme nous la faisons aujourd'hui, c'est surtout et avant tout parce qu'ils ne possédaient pas les éléments du succès dont nous disposons à l'heure actuelle.

Sans doute, j'ai reconnu que la réunion immédiate était une manœuvre difficile, qui exigeait des soins divers de la part du chirurgien, mais cette objection est applicable à tout ce que nous faisons, et ne prouve qu'une chose, c'est que pour être chirurgien on a besoin de beaucoup d'exercice.

D'ailleurs, même dans les cas où nous reconnaissons que la réunion totale est impossible, il nous arrive tous les jours de tenter une réunion partielle, qui abrège la durée du traitement.

On nous reproche les ablations incomplètes destinées à conserver une étendue de peau suffisante pour la réunion. C'est là une erreur, nous faisons le diagnostic de l'étendue du mal, tout comme les autres chirurgiens, et comme eux nous enlevons largement sans nous préoccuper des pansements ultérieurs. La meilleure preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que nous pouvons citer des exemples de survie pour le moins aussi longue que ceux observés par M. Després.

M. Polaillon. Je ferai d'abord remarquer à M. Després qu'il se trompe en citant l'observation d'une de mes amputées de sein, morte d'infection purulente. Je n'ai pu publier une semblable observation, puisque je n'ai jamais perdu de malade dans de pareilles conditions.

Je suis partisan de la réunion immédiate, mais à la condition, bien entendu, que les lèvres de la plaie puissent arriver au contact. Je favorise même au besoin ce rapprochement par quelques petits tiraillements.

Je fais usage du pansement de Lister en ayant soin de lui faire dépasser largement les limites du mal. Je ne doute pas que c'est à cette circonstance que je dois de n'avoir pas eu d'infection purulente.

M. Le Dentu. En somme, il paraît bien difficile d'être absolu en pareille matière.

Lorsque l'affrontement des lèvres de la plaie se fait d'une ma-

nière pour ainsi dire spontanée, il me semble que la réunion s'impose et qu'elle ne doit pas être faite dans le cas contraire.

Maintenant, il y a une méthode mixte qui consiste à réunir dans une certaine étendue, et à laisser le reste librement ouvert. Cette méthode s'applique à la généralité des cas.

En ce qui concerne les accidents possibles, je crois que le mode de pansement joue à cet égard un rôle insignifiant. Je n'ai pas eu plus d'accidents en réunissant qu'en ne réunissant pas.

Je crois également que le mode de pansement est sans influence sur la récidive. D'ailleurs, les conditions de cette récidive nous sont complètement inconnues.

M. Pozzi. M. Le Dentu dit que l'on ne doit réunir que lorsque les lèvres de la plaie s'affrontent pour ainsi dire spontanément, sans traction. C'est là un point qui mérite d'être précisé.

C'est ainsi, par exemple, que l'on doit savoir que la réunion de la peau, impossible avant l'apposition des sutures profondes, devient très facile après que ces sutures ont été mises.

J'ajoute qu'une certaine traction exercée sur la peau, lorsqu'elle n'est pas excessive, est une bonne condition de succès; elle a pour conséquence, en effet, une compression et une immobilité des parties divisées, ce qui doit toujours être recherché avec soin.

J'ajoute qu'il faut faire une contre-ouverture à la partie la plus déclive de la plaie, et y placer un tube.

M. Marc Sée. Je réunis toutes les plaies, sauf quand c'est mécaniquement impossible, et j'ajoute que cela est possible, même dans des cas où cela semblait impossible *a priori*.

En ce qui concerne le drain, je suis plus radical que M. Championnière, je l'enlève dès le lendemain de l'opération, pour ne rien laisser entre les lèvres de la plaie. En dix opérations faites depuis octobre, je n'ai eu aucun insuccès; réunion parfaite et aucun accident, pas un point de suture n'a manqué. Souvent la réunion avait été très laborieuse.

La réunion des plaies de l'aisselle me paraît extrêmement importante, parce que, quand elles suppurent, elles donnent lieu à des adhérences entre les muscles de l'épaule, qui gênent considérablement les mouvements du bras et même la circulation sanguine, tandis que rien de semblable ne s'observe quand la réunion immédiate est obtenue.

M. Desprès. J'admets que nous ignorions les conditions de la récidive, mais ce qui est certain, c'est que plus nous enlevons,

plus nous avons de chances de nous mettre à l'abri de ces récidives.

Je ne saurais admettre les critiques adressées aux anciens chirurgiens, qui ne savaient pas faire la réunion des plaies. Cette réunion, ils la faisaient lorsqu'il le fallait, et ils la réussissaient tout comme nous. Témoin le bec-de-lièvre.

M. Championnière. Je répondrai plus longuement à M. Verneuil qu'à nos autres collègues qui ont ou repris ses arguments ou admis dans une certaine mesure ma manière de voir.

M. Verneuil considère comme importante la difficulté de l'opération avec réunion. Il y a là une confusion de mots; la difficulté n'est pas dans l'acte opératoire, elle est dans l'*asepsie*. Cette difficulté, grande pour le chirurgien inaccoutumé, demande, de la part du chirurgien franchement listérien, seulement plus d'application que de coutume; le pansement est exposé là plus qu'ailleurs à faillir. Quant à la technique de la réunion, on ne peut pas dire à un chirurgien qu'il ne saurait l'exécuter.

M. Trélat vous a très bien répondu que nous ne parlions pas naturellement du cas où la réunion est impossible. Nous en trouvons de temps en temps. J'ai eu le regret d'avoir un de ces cas l'année dernière, me laissant une plaie plate de l'étendue de la main, qui a guéri en quatre mois. Mais pour que je me résigne à cela, il faut que je n'aie point de peau. Quand on enlève la totalité de la peau de la mamelle, on trouve très bien en tirant sur les tissus, en enlevant la graisse, en décollant des lambeaux, de quoi faire cette réunion dans l'immense majorité des cas. Contrairement à ce qui a été dit tout à l'heure, les femmes grasses sont très favorables à la réunion. J'ai opéré récemment une obèse, que l'on a eu la plus grande peine à descendre de la table d'opération. Je lui ai enlevé la totalité de la mamelle, ouvert l'aisselle, fait une contre-ouverture et appliqué trente points de suture, et elle a si bien guéri par première intention, qu'on aurait pu la renvoyer au bout de huit jours.

Vous nous reprochez d'être parcimonieux; mais c'est une supposition gratuite que vous faites. En réalité, nous opérons beaucoup plus largement que vous, par la bonne raison qu'il nous est absolument indifférent de faire une plaie immense, puisque nous ne la laissons pas suppurer. Non seulement j'enlève tout le sein, mais j'ouvre l'aisselle, même chez les gens chez lesquels je ne sens aucun ganglion. Tout dernièrement encore, opérant un homme assez gras, j'ai enlevé toute la graisse de la tumeur à l'aisselle, dans l'espoir d'enlever les vaisseaux lymphatiques et de diminuer ainsi les chances de la récidive ganglionnaire.

Du reste, à cet égard, votre argument tombe à faux. J'ai eu des

récidives comme vous en avez eu vous-même, comme tous les chirurgiens en ont, mais je n'ai guère eu de récidive mammaire. C'étaient presque toujours des récidives axillaires.

Je ne vous dis pas, pour ma part, comme votre réponse pourrait le faire penser, que la récidive ne se fait pas. Je vous dis que j'espère dans la réunion pour diminuer les chances de la récidive; cela est bien dubitatif, bien modeste, et cependant j'ai par devers moi des cas que je ne veux produire qu'à long terme et qui me donnent quelque espoir.

Mais ce qui n'est pas douteux, c'est la rapidité de la cure ; et, par cela même, si la récidive venait à la même époque, la malade bénéficierait pendant plusieurs mois de plus de l'état de guérison apparente.

La durée de la réparation est pour nous très courte. Au bout de huit jours, nos pansements ne sont plus que pour le soutien de tissus jeunes et pour empêcher les mouvements de désunir la plaie. Je ne saurais partager votre opinion sur la rapidité relative de la réparation des plaies ouvertes; je la crois fort longue, surtout à la fin de la cure. Si vous avez de rares cas de guérison en six semaines, souvent après quatre mois une surface plate de plaie fort ennuyeuse pour la malade persiste encore; et si les malades marchent vite, il est bien rare qu'au bout de trois mois elles soient complètement indemnes. Combien sont en pleine récidive ou mammaire ou axillaire avant la cicatrisation?

Quant au danger, je ne vous dis pas que votre pratique soit mauvaise, mais j'affirme que la nôtre la vaut largement. Depuis que je fais de la chirurgie antiseptique, j'ai fait pas mal de ces opérations sans voir de décès autres que ceux-ci : deux sur trois n'appartiennent même pas à des tumeurs du sein, mais à des récidives axillaires ; je ne les signale là que pour être complet en parlant des opérations faites avec réunion dans ces régions. Mais elles ne devraient pas figurer dans une statistique.

Mort du choc avant quarante-huit heures, chez une femme hémiplégique dont le cancer avait deux mois de date, cancer foudroyant comme on dit amputation de la mamelle.

Mort de pneumonie d'une femme opérée, à l'hôpital, de troisième récidive *axillaire; pas du sein.* Opération longue dans une salle sans feu.

Mort d'une femme opérée, à la campagne, de *cinquième recidive axillaire*, avec des conditions déplorables ; très mauvaise antisepsie, érysipèle mortel.

Mais, à l'hôpital, pas un cas d'érysipèle; des guérisons rapides régulières, et ce quo vous appelez le martyrologe de la réunion par première intention n'appartient pas à la chirurgie antiseptique.

Et là, nous sommes d'accord. Si l'antisepsie n'est pas assurée, ne réunissons pas les plaies du sein et beaucoup d'autres aussi, c'est une pratique hasardeuse. Mais celle-là, je ne la discute pas et c'est pour cela que je ne veux rien dire de plus à M. Després. Ses anciens maîtres, qu'il cite volontiers, n'ont rien à voir dans cette discussion, leurs moyens étant différents des nôtres; et il en est de même pour ceux qui n'ont pas adopté ces moyens.

M. Trélat a parlé dans mon sens, mais notre accord n'est pas complet. En principe, l'éclectisme n'est pas mon fait; je n'ai rien à accorder, je ne reconnais d'autre indication au pansement ouvert que l'impossibilité de faire la réunion, et je pousse les tractions aussi loin que possible.

M. Le Dentu fait aussi lui des concessions, et ne réunit que si les parties s'affrontent d'elles-mêmes. Moi, j'ai été jusqu'à casser les fils plusieurs fois, à recommencer la réunion et je l'ai vu réussir.

M. Pozzi parle en faveur de la compression de la contre-ouverture et du drainage à distance; mais j'en ai parlé nettement dans mon rapport tout à l'heure.

Enfin, M. Sée dit qu'il est plus radical que moi et qu'il enlève les drains de façon à ne pas gêner la réunion. Non seulement je laisse mes drains le moins possible, mais je ne les mets même pas dans les lèvres de la plaie opératoire, que je *ferme complètement*, je les mets dans une contre-ouverture. Et ce procédé n'est pas de moi, il est classique parmi nous.

J'aurais bien des choses à ajouter, car ce n'est pas le procès de l'amputation du sein que je plaide, c'est celui de la réunion primitive *dans la chirurgie antiseptique*. C'est une doctrine qui n'admet pas d'éclectisme. Il faut réunir partout où les parties molles sont suffisantes. Le danger de la réunion n'appartient pas proprement à la réunion.

La difficulté gît tout entière dans l'antisepsie et la suture est alors si facilement suivie de résultats que M. Farabeuf me reprochait un jour de n'y pas prendre assez de soins. Je vous assure que la suture, en multipliant les points suffisamment, est à la portée de tout le monde.

Et, comme c'est là un point de doctrine capital pour la chirurgie que nous défendons, je ne crois pas qu'il faille faire une concession même aux Maîtres les plus autorisés et les plus aimés.

Non, cette chirurgie n'est pas dangereuse, elle offre toute sécurité, plus de sécurité que ce que vous appelez antisepsie ouverte. Une plaie ouverte trois mois expose à plus de dangers qu'une plaie ouverte huit jours.

Oui, elle offre d'immenses avantages pour l'opéré, qui guérit en une, deux ou trois semaines, au lieu de suppurer deux mois, trois mois ou davantage, peu ou beaucoup. Fort de cette assurance, nous opérerons beaucoup de malades et très radicalement qui eussent été considérés comme mauvais et dangereux sujets, et dans les bons cas le succès n'en sera que plus complet.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Just Championnière.

Séance du 14 janvier 1885.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. Verneuil offre :

a. La thèse de M. Valude intitulée: *Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires;*

b. La thèse de M. Ricard intitulée : *De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille;*

3° M. Richelot offre, de la part de M. le Dr Le Bec, un précis de médecine opératoire.

A propos du procès-verbal.

M. Trélat. Je demande à ajouter quelques mots à ce que j'ai dit à la dernière séance, au sujet du pansement des tumeurs du sein.

Je ne suis pas éclectique mais systématique en matière de réunion primitive. Je l'ai toujours pratiquée et toujours défendue. Elle est pour moi la règle dans le traitement des plaies opératoires. Je la suis, cette règle, chaque fois et autant de fois que cela est possible.

La constatation de cette possibilité est affaire de choix, de juge-

ment, variable suivant les circonstances, et n'empêche en aucune façon l'observance de la règle générale.

M. Lucas-Championnière a répété avec raison que l'asepsie est indispensable au succès de la réunion primitive. Il y a longtemps que, sous des formes diverses, je professe et j'enseigne cet axiome fondamental. Il en résulte que la réunion primitive est insuffisante ou dangereuse entre les mains des chirurgiens qui n'ont pas l'habitude ou qui n'exécutent pas les manœuvres délicates ou minutieuses de l'asepsie et de l'antisepsie.

La réunion primitive est la condition indispensable de certaines opérations importantes: chirurgie abdominale, bon nombre d'amputations par procédés spéciaux. Ce serait déserter le progrès de la chirurgie que d'abandonner ou de compromettre ces opérations.

L'argument tiré de la plus ou moins grande rapidité des récidives à la suite de l'extirpation des tumeurs du sein est absolument inacceptable dans le débat actuel. Il faut admettre sans contestation que les chirurgiens partisans de la réunion primitive savent pratiquer ou pratiquent des opérations complètes et enlever, chaque fois qu'il le faut, la glande en totalité et tous les ganglions de l'aisselle. Cette condition des opérations larges et complètes est également remplie par les partisans et les adversaires de la réunion primitive. Elle ne joue donc aucun rôle dans la lenteur, la rapidité ou la nullité de la récidive.

Je répète ici ce que j'ai dit dans la dernière séance, j'ai opéré des malades qui survivent depuis trois, cinq, huit ans, et j'en ai fourni l'indication dans une leçon qui va être publiée.

Je termine en affirmant que les ablations totales du sein avec curage de l'aisselle permettent le plus souvent la réunion primitive, et qu'au contraire l'impossibilité est rare.

M. Polaillon. J'ai dit, dans la dernière séance, que je n'avais pas eu de décès à la suite d'amputation du sein pour des tumeurs. Je me suis trompé. En consultant ma statistique, j'ai trouvé un décès, dont j'avais perdu le souvenir, parce que ce décès n'avait eu lieu ni à la suite d'une infection purulente, ni à la suite d'un érysipèle, complications qui étaient surtout en cause dans la discussion, mais à la suite d'une phtisie galopante. Ce fait mérite d'être rapporté, parce qu'il prouve l'influence funeste de l'amputation du sein sur le développement de la phtisie pulmonaire. Il offre, en outre, un exemple de l'existence simultanée du cancer et du tubercule chez le même individu. Il a été recueilli, en 1881, par M. Mérigot de Treigny, élève de mon service. Voici un résumé de cette observation:

Observation. — *Carcinome de la mamelle; ablation; pansement de Lister; phtisie pulmonaire galopante; mort vingt jours après l'opération.*

La nommée Y... Euphrasie, âgée de 33 ans, blanchisseuse, entre le 28 mars 1881 à la Pitié, salle Saint-Jean, nº 4.

Rien dans ses antécédents de famille n'indique une prédisposition au cancer ni à la tuberculose. Elle a eu une couche normale, il y a dix ans, et sa santé a été très bonne jusqu'à ces derniers temps. Au commencement de l'hiver, elle contracta coup sur coup plusieurs bronchites, dont la dernière dure encore.

Il y a six mois, elle sentit, dans le sein droit, une tumeur grosse comme une bille, mobile, ne produisant pas de douleurs mais des picotements assez vifs. Cette tumeur s'est développée sans cause appréciable.

Il y a deux mois, la santé commença à s'altérer. L'appétit diminua graduellement; le sommeil disparut; amaigrissement; fièvre avec exaspération le soir; sueurs nocturnes; toux due aux bronchites que j'ai signalées.

Avec l'apparition de ces phénomènes morbides coïncida l'augmentation rapide de la tumeur mammaire.

Actuellement le sein droit est notablement plus gros que le gauche, et offre une surface ulcérée grande comme la paume de la main, avec un fond irrégulier et des bords déchiquetés et violacés. Autour de la plaie, la peau est épaissie, indurée, infiltrée de néoplasme. La tumeur a au moins le volume du poing. Elle est bosselée, peu mobile sur les parties profondes. Elle se prolonge du côté de l'aisselle, où les ganglions sont certainement dégénérés.

L'auscultation de la poitrine fait entendre de gros râles sibilants et muqueux. Il n'y a pas eu d'hémoptysie. Rien n'indique une tuberculose pulmonaire confirmée. Il était rationnel d'attribuer l'amaigrissement, la fièvre, le malaise général, au développement rapide du carcinome mammaire et à la résorption des liquides sanieux qui recouvraient sa surface ulcérée. Dans cet ordre d'idées, il était indiqué d'enlever le cancer du sein à bref délai.

Le 2 avril. Chloroformisation. Deux incisions courbes s'étendant du sommet de l'aisselle jusqu'à un centimètre du bord droit du sternum circonscrivent les parties malades; les tissus sont disséqués autour de la tumeur; puis la tumeur est détachée en enlevant la gaine antérieure du grand pectoral. Plusieurs artères sont liées avec des fils de catgut et entre autres la mammaire externe. Le prolongement axillaire de la tumeur est énucléée jusqu'à la partie supérieure de l'aisselle.

Je diminue la vaste étendue de cette plaie en affrontant par des sutures métalliques les bords de la peau du côté du sternum et du côté de l'aisselle. Mais le tiers moyen de la perte de substance ne peut être recouvert par la peau et reste à nu. Pansement de Lister, par-dessus lequel j'établis une compression ouatée.

L'opération a été faite sous le spray phéniqué.

3 *avril.* — T. 38° le matin; 39°,2 le soir. Dyspnée. Gros rhonchus qui s'entendent à distance. La malade ne peut expulser ses crachats; elle ne souffre pas de sa plaie opératoire.

4 *avril.* — T. 37°,5 le matin; 38°,4 le soir. Premier pansement. La plaie est en bon état. La toux et la dyspnée fatiguent beaucoup la patiente et l'empêchent de dormir.

5 *avril.* — T. 37°,8 le matin; 38°,9 le soir. La dyspnée est moindre et l'expectoration moins difficile.

6 *avril.* — T. 38°,4 le matin; 39° le soir. Deuxième pansement.

7 *avril.*— T. 37°,8 le matin; 38°,8 le soir. Troisième pansement. Les parties suturées sont en voie de réunion immédiate; la portion moyenne, qui n'a pu être recouverte par la peau, suppure très peu.

Le 9 *avril.* — La température est à 38°,6 le matin et le soir. Diarrhée. La nuit suivante est mauvaise. Sueurs abondantes. Fièvre. Agitation. Douleur dans la poitrine.

Le 12 *avril.* — Fièvre. Délire. La plaie est sans inflammation, mais les parties réunies se sont décollées.

Les jours suivants, la malade va de mal en pis. La dyspnée augmente. L'auscultation fait entendre de véritables râles caverneux. Agitation. Délire. Fièvre continuelle. La face est cyanosée.

Le 22 *avril.* — Mort.

Autopsie. — La plaie ne présente aucun travail de cicatrisation. La réunion immédiate a manqué partout.

La veine axillaire ne présente pas de thrombose, bien que la malade ait eu de l'œdème du bras. Mais autour de cette veine on voit de nombreux noyaux durs, qui sont de nature cancéreuse. Indépendamment de cette infiltration cancéreuse, il n'y a pas de ganglions dégénérés dans l'aisselle, parce qu'ils ont tous été enlevés pendant l'opération.

Poumons. — Le sommet du poumon gauche est transformé en une vaste caverne anfractueuse, dont les parois présentent une infiltration miliaire abondante. Pas de tubercules dans le reste du poumon, mais sur la plèvre viscérale, semis de noyaux blanchâtres, gros comme des lentilles et de consistance cartilagineuse. Pas d'épanchement de sérosité dans la cavité pleurale.

Le poumon droit présente aussi une petite caverne à son sommet, et autour de celle-ci, une infiltration considérable de tubercules les uns crus, les autres caséeux. Pneumonie chronique au sommet. Dans le reste du poumon, pas de tubercules. Adhérences pleurales anciennes et très résistantes.

Les ganglions du hile du poumon sont volumineux et infiltrés de matière noire.

Le *cœur* est volumineux, sans lésion des orifices.

Le *foie*, la *rate* et les *reins* sont sains. Ils ne présentent point d'abcès métastatiques.

L'intestin grêle est injecté et offre en plusieurs points sous sa muqueuse des taches ecchymotiques.

Toutes les amputations de sein que j'ai pratiquées ont été faites par la méthode antiseptique, avec emploi du spray, du drainage, de la suture (quand la suture était possible), du pansement de Lister rigoureux et de la compression ouatée. Elles sont au nombre de 38 sur 34 femmes (4 femmes ayant été opérées une deuxième fois à la suite d'une récidive). Je n'ai eu que le cas de mort que je viens de relater. Ma statistique intégrale avec l'emploi de l'antisepsie est donc jusqu'à présent de 1 décès sur 37 opérées.

Discussion.

M. Després. Si on pouvait enlever, avec la totalité du sein, une grande partie de la peau environnante, alors que la tumeur n'a pas plus du volume d'une lentille, on se mettrait à peu près sûrement à l'abri d'une récidive lorsqu'il s'agit d'un squirrhe. Quant aux récidives de sarcome ou d'encéphaloïde, elles se feraient attendre deux ou trois ans et même plus.

Il faut donc enlever le plus de tissu possible, lorsqu'on touche aux tumeurs du sein. Or, lorsqu'on a la préoccupation de réunir les bords de la plaie opératoire, on est fatalement conduit à faire une perte de substance moindre, ce qui est toujours au préjudice de la malade.

M. Tillaux. Contrairement à M. Verneuil, j'ai commencé par traiter mes tumeurs du sein par un pansement ouvert, et c'est consécutivement, depuis l'introduction des méthodes antiseptiques, que j'ai réuni les lèvres de ma plaie. C'est là une manière de faire que je crois utile, toutes les fois qu'on peut réunir les lèvres de la plaie. Si Velpeau et Nélaton ne réussissaient pas de semblables tentatives, c'est qu'ils ne faisaient pas la réunion avec les mêmes précautions que nous. Je n'en veux pour preuve que ce fait, qu'ils ne mettaient pas dans leur plaie de tube à drainage dont la présence nous met à l'abri des accidents des plaies fermées.

M. Trélat. Pour introduire la question de la récidive dans le débat qui nous occupe, il faut admettre, avec MM. Verneuil et Després, que les opérations faites par les chirurgiens qui recherchent la réunion sont forcément des opérations incomplètes.

Or, c'est là une erreur ; nous professons tous, et cette thèse a été soutenue par moi dans une leçon que je fis à ce sujet l'an dernier, que les tumeurs du sein exigeaient un diagnostic précoce et une ablation complète. Cela signifie qu'il faut enlever la totalité de la glande et des ganglions au moindre soupçon que ceux-ci sont malades. Il va sans dire que ce serait une faute grave que de laisser de la peau malade autour de la plaie opératoire.

M. Verneuil. Je n'incrimine pas la pratique de M. Trélat, mais je dis que nous avons tous vu — et M. Valude a pu le constater bien souvent dans le relevé statistique qu'il vient de faire des opérations de tumeurs du sein — des récidives se produisant dans la plaie à la suite d'une opération qui était restée incomplète, justement parce que l'on avait recherché la réunion immédiate. Que cela ne puisse arriver qu'entre les mains de chirurgiens quelque peu inexpérimentés, je le veux bien, mais cela est arrivé et cela arrivera encore, aussi devons-nous, ne fut-ce qu'à ce titre, préconiser les pansements ouverts, qui n'engagent en aucune façon le chirurgien à être par trop parcimonieux.

J'affirme à nouveau ce que j'ai déjà dit, que si on enlevait les tumeurs du sein comme elles doivent être enlevées, c'est-à-dire avec une large bande de peau périphérique, avec l'aponévrose du grand pectoral et même une partie de ce muscle, il serait très rare de rencontrer la possibilité de faire une réunion convenable; pour cela, il faudrait faire de véritables opérations autoplastiques qui compliqueraient par trop l'opération principale, sans grand avantage pour la malade.

M. Trélat. Je persiste à dire que j'enlève tout le mal et largement, et cependant il est loin d'être exceptionnel que je rencontre des cas où la réunion de la plaie est très faisable.

Ce reproche d'opérations parcimonieuses ne peut nous être fait, il s'applique bien plutôt à la pratique des anciens maîtres, qui étaient tout naturellement portés à enlever le moins possible, parce qu'ils n'avaient pas le chloroforme à leur disposition, et parce que la mortalité de leurs opérées était excessive.

Gosselin déclare que la mortalité des opérées du sein a atteint 1/3. Au dernier Congrès des chirurgiens allemands, les statistiques qui ont été produites indiquent 15 0/0; encore est-il que ces statistiques représentaient une pratique remontant à huit ou dix ans en arrière. Je crois qu'à l'heure actuelle la mortalité des malades auxquelles on enlève le sein peut être représentée par le chiffre approximatif de 6 0/0.

M. Championnière. Je tiens à revenir sur le point sur lequel a insisté déjà M. Trélat. Non, nous ne ménageons rien en vue de la réunion, la peau est très largement enlevée. On nous parle toujours des boutonnières que faisaient nos maîtres pour extirper les tumeurs. Nous agissons tout autrement, et malgré cela, les cas où les parties molles manquent pour faire les réunions sont infiniment rares; j'en ai signalé un m'appartenant.

Vous nous dites que des récidives dans la cicatrice ou dans la

peau sont les conséquences de notre manière de faire ; or, nos récidives sont presque toutes ganglionnaires, et point dans la cicatrice ou dans son voisinage.

Quelques-uns de nos collègues transigent et recommandent la réunion partielle, mais cela n'est qu'un pis aller qui n'a rien à voir dans une méthode générale; nous n'agissons ainsi que lorsque nous ne pouvons faire autrement.

En nous disant que la non-réunion est plus facile pour les gens qui ne font pas de chirurgie, M. Verneuil plaide des circonstances atténuantes. Ce point de vue peut avoir son importance; mais nous n'avons voulu ici que rechercher les ressources chirurgicales les plus précieuses pour la malade et pour les chirurgiens qui font de la chirurgie ; ici la difficulté de technique opératoire n'entre plus en ligne de compte.

Quant au danger le plus grand, c'est l'échec de la réunion et une réparation plus longue, mais toujours plus rapide que dans les plaies ouvertes. Érysipèle, infection purulente, nous sont restées également inconnues.

Pour être complet, je vous ai parlé l'autre jour d'accidents survenus après des opérations pour des récidives axillaires, un seul cas non hospitalier d'érysipèle, une pneumonie ; et le seul cas d'amputation du sein suivie de mort est sur une femme atteinte d'hémiplégie, ayant un cancer à marche foudroyante, datant de deux mois, volumineux, déterminant des douleurs atroces, mort du choc le surlendemain. En quoi pourrait-on incriminer une opération d'urgence de cette sorte ?

Peut-on, du reste, les comparer aux autres et faire une statistique. Non, il y a là une difficulté extrême. Puis tous les jours les procédés se perfectionnent. En réalité, l'amputation du sein avec la réunion est une opération bénigne qui n'emprunte de gravité qu'à certaines conditions inhérentes à la malade ; et des statistiques suivant les cas qu'on aura groupés donneront des résultats divers. Il ne faut donc accepter aucun chiffre ancien, et même dans les statistiques personnelles il y a des causes d'erreurs qui font qu'on ne peut guère comparer les chiffres entre eux. Heureusement cela est inutile et on tire des enseignements bien plus précieux de l'indication des causes de mort et de l'observation de la régularité et de la facilité de la réparation sans complication opératoire.

M. Berger. Il est bien difficile d'établir des statistiques de quelque valeur en prenant en bloc toutes les amputations de sein pratiquées par tel ou tel chirurgien. Il n'y a, en effet, aucune comparaison à établir entre un petit carcinome circonscrit mobile et ces

énormes cancers adhérents accompagnés d'engorgement ganglionnaire.

J'ai eu deux morts à la suite d'amputations du sein; les femmes se trouvaient justement dans cette dernière catégorie de malades.

Je crois aussi que les moyens à adopter pour traiter la plaie opératoire doivent varier suivant que l'on se trouve en présence de telle ou telle variété de tumeurs.

La première est morte de pleurésie purulente; la seconde, à laquelle j'avais dû réséquer plusieurs centimètres de veine axillaire, succomba à une phlébite.

Lorsque l'on est amené à faire une perte de substance considérable, on ne peut évidemment pas réunir; la réunion n'est applicable qu'aux amputations dans lesquelles la perte de substance a une petite étendue.

Il me paraît résulter de ma pratique personnelle que la récidive est plus rapide lorsque l'on a tenté la réunion par première intention; aussi serais-je assez disposé à considérer cette dernière comme devant être l'exception. Cette opinion me paraît d'autant plus justifiée que je ne crois pas que l'on allonge beaucoup la durée du traitement en ne réunissant pas. Si le pansement ouvert met six à sept semaines pour guérir la malade, la réunion immédiate en exige tout au moins quatre à cinq, et la différence n'est pas très grande.

M. Després. Je répète qu'il faut enlever une très grande quantité de la peau qui avoisine la tumeur. Il faut, en quelque sorte, en enlever trop; dans nombre de cas, j'en enlève grand comme un chapeau.

M. Lucas-Championnière. De pareilles opérées ne guériront qu'après bien des mois, et la récidive vient avant.

M. Després. C'est là, à mon avis, le seul moyen de se mettre à l'abri de la récidive.

Or, comment voulez-vous réunir de semblables plaies!

Quant aux dangers que présente ma pratique, vous pouvez en juger par ma statistique : sur 96 amputations, j'ai eu deux décès par pleurésie et un décès à la suite d'un érysipèle.

M. Polaillon. Je ne méconnais pas plus que mes collègues des cas de réunion impossible ; dans ma statistique, un quart des cas sont dans cette condition.

Je ferai remarquer que la réunion partielle, même limitée à l'aisselle, rend la réparation plus rapide.

Qu'est-ce que signifie le trop de peau de M. Després, quelle mesure cela représente-t-il et sur quoi cette formule est-elle fondée?

M. Trélat. Comme M. Polaillon, je ne sais ce que veut dire M. Després en disant trop de peau. Nous enlevons largement autour de la partie malade toute la peau nécessaire, de façon à être bien assurés d'opérer en tissu sain. Dans des conditions opposées, s'il y avait de la peau suspecte, comme dit M. Després, si nous étions exposés à laisser des tissus malades, mais c'est que nous opérerions des cas où l'opération est formellement contre-indiquée par les conditions de la tumeur.

Présentation de malade.

M. Schwartz présente un malade atteint de plaie des tendons extenseurs du pouce, auquel il a pratiqué avec succès une suture tendineuse par anastomose.

La Société se forme en comité secret à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Just Championnière.

Séance du 21 janvier 1884.

Présidence de M. Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° *De l'extirpation de l'astragale dans les pieds bots varus anciens*, par le Dr Gross (de Nancy), membre correspondant;

3° *Influence de l'intervention opératoire sur le développement et la marche de la tuberculose pulmonaire;*

4° *Observation de luxation de la phalangine du médius en arrière avec plaie et issue de la première phalange*, par le Dr SÉJOURNET de Revin. (Rapporteur, M. FARABEUF.)

Élections.

On procède à l'élection de deux associés étrangers, de quatre correspondants étrangers et de quatre correspondants nationaux. Candidats présentés par la commission au titre d'associé étranger:

MM. Pellizzari (Florence).
Sklifossowsky (Moscou).

Candidats présentés par la commission au titre de correspondant étranger :

MM. Lewis Stimson (New-York).
Saltzmann (Helsingfors).
Plum (Copenhague).
Studsgaart (Copenhague).

Candidats présentés par la commission au titre de correspondant national :

MM. Poulet (Armée).
Villeneuve (Marseille).
Jeannel (Toulouse).
Turgis (Falaise).

Associés étrangers; votants 24. Sont élus :

M. Pellizzari..................	24 voix.
M. Sklifossowsky.............	— —

Correspondants étrangers; votants 24. Sont élus:

M. Lewis Stimson	24 voix.
M. Saltzmann	— —
M. Plum.....................	— —
M. Studsgaart................	— —

Correspondants nationaux; votants 24.
Majorité 13.

M. Poulet.....................	22 voix.
M. Villeneuve	18 —
M. Turgis.....................	11 —
M. Bertin	10 —
M. Malherbe (Nantes)...........	8 —
M. Guermonprez..............	6 —
M. Gripat....................	4 —
M. Robert.....................	4 —
M. Jeannel....................	3 —
M. Poncet.....................	1 —
M. Weiss......................	2 —
M. Millot-Carpentier...........	1 —
M. Dubourg...................	1 —
M. Eustache	1 —
M. Gallerand..................	1 —
M. Nicati.....................	1 —
M. Baudry....................	1 —
M. Chrétien..................	1 —
M. Guerlain	1 —

MM. Poulet et Villeneuve sont élus au premier tour de scrutin.

Deuxième tour de scrutin ; votants 24.

M. Turgis.....................	17 voix.
M. Malherbe	15 —
M. Bertin.....................	9 —
M. Jeannel....................	3 —
M. Guermonprez	2 —
M. Gripat.....................	1 —
M. Weiss	1 —

MM. Turgis et Malherbe sont élus au deuxième tour.

A propos du procès-verbal.

M. Monod. I. — M. Trélat, dans notre dernière réunion, s'étonnait qu'un si petit nombre de ses collègues ont pris part à la discussion ouverte sur le pansement des plaies en général, et celui des plaies d'amputation du sein en particulier.

Je crois que le silence gardé par la plupart d'entre eux tenait à ce qu'il leur semblait inutile de prolonger dans une assemblée de chirurgiens français une discussion théorique sur la valeur du pansement antiseptique des plaies. On peut différer d'avis sur les meilleurs moyens et procédés à employer pour obtenir une asepsie parfaite, mais le principe né de la méthode ne saurait plus être mis en discussion. Sur ce point, quoi qu'on en dise, la Société de chirurgie, à une voix près, est unanime.

Il peut être utile cependant, comme le demandait M. Trélat, que chacun apporte ici les résultats de sa pratique. Notre collègue M. Terrillon faisait dernièrement à cette tribune un intéressant compte rendu de l'année qu'il avait passée à la Charité. MM. Terrier et Tillaux vous avaient de même, auparavant, apporté la statistique de leurs services. Les beaux succès enregistrés par ces chirurgiens sont encore présents à vos mémoires. Je viens, à mon tour, au moins pour l'opération qui a été le point de départ de cette discussion, vous dire ce que j'ai fait et ce que j'ai obtenu.

J'ai différé cette communication jusqu'à ce jour, pour me donner le temps de consulter mes notes. Je tenais à ne vous apporter que des faits précis et non des souvenirs plus ou moins vagues.

II. — J'ai conservé depuis trois ans, c'est-à-dire depuis que je suis chargé comme chirurgien titulaire d'un service dans les hôpitaux, les observations détaillées, écrites pour la plupart par moi-même, de toutes les amputations du sein que j'ai eu occasion de faire, tant à l'hôpital qu'en ville ; celles-ci beaucoup plus nombreuses que celles-là. Le service de l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, auquel je suis attaché, est en effet peu actif. Il présente par contre cet avantage que les malades y peuvent être suivis longtemps après leur opération ; il est facile de les retrouver dans les salles où elles demeurent comme pensionnaires. Cette circonstance me permettra de vous donner pour la plupart de mes opérées les résultats observés à deux ou trois ans de distance. Trop souvent, on le sait, dans les hôpitaux ordinaires, les opérées sont perdues de vue ou ne sont retrouvées qu'après de longues et difficiles recherches.

J'ajoute que grâce au savant et utile concours du chef du laboratoire de l'hôpital, M. Arthaud, toutes mes pièces ont été étudiées avec soin. Les résultats de ses examens microscopiques ont été consignés par écrit. On comprend, sans que j'ai besoin d'insister, le parti que l'on peut tirer de pareils documents.

III. — Mes amputations du sein, depuis janvier 1882, ont été au nombre de 24, dont 19 en ville et 5 à l'hôpital.

Elle n'ont pas toutes été faites pour cancer. Je ferai à cet égard plus loin les distinctions nécessaires, lorsque je m'occuperai des résultats éloignés des opérations et des récidives. Pour l'instant, je ne m'occupe que de l'opération elle-même, de son étendue, de ses résultats immédiats et du pansement qui a été fait.

Dans la très grande majorité des cas, j'ai pratiqué l'amputation totale du sein. Quatre fois seulement j'ai cru pouvoir me contenter d'une ablation partielle. Dans ces quatre cas, la tumeur était ou semblait être extra-mammaire ; elle était placée tout à fait aux confins de la glande ; celle-ci paraissait saine d'ailleurs. Le sein fut toujours largement entamé, mais non complètement enlevé. Je n'ai pas, pour le dire de suite, eu à regretter ma réserve. Une de mes malades a succombé un an et demi après l'opération, mais sans récidive (elle était âgée de plus de 80 ans), deux autres vivent encore, au bout d'un et deux ans, sans que le mal se soit reproduit. De la quatrième, je n'ai pas de nouvelles.

Dans mes 20 ablations totales, 13 fois j'ai dû pratiquer l'extirpation des ganglions axillaires, 7 fois l'opération a été limitée à la glande. Il va sans dire que dans la plupart de ces derniers cas la tumeur avait été diagnostiquée bénigne. Trois fois seulement je savais qu'il s'agissait de cancer ; mais je n'avais découvert dans l'aisselle aucune trace de tuméfaction ganglionnaire. Du reste, j'ai toujours soin en pareil cas de prolonger un peu mon incision vers la racine du membre, de façon à pouvoir explorer le creux axillaire par palpation directe, sans interposition de peau. Si, de la sorte, je ne constate encore aucun gonflement suspect, je m'abstiens d'enlever la graisse de l'aisselle.

Deux de ces cas sont trop récents pour que la question de récidive puisse être tranchée. J'ajoute que chez ces deux malades les tumeurs étaient jeunes, elles dataient de quelques mois seulement, et dans ces conditions l'intégrité des ganglions est possible. J'ai analysé ailleurs[1] des documents statistiques, qui montrent que l'infection ganglionnaire ne se produit guère avant la fin de la première année de la maladie.

Dans ma 3e observation, l'examen histologique de la pièce démontre que la tumeur était, en effet, de celles qui respectent, pour un temps du moins, le système ganglionnaire. Il s'agissait d'un épithélioma typique ; la prolifération épithéliale n'avait pas encore franchi les limites des culs-de-sac glandulaires. La malade, opérée en août 1882, vient de succomber (décembre 1884), deux ans et demi après l'opération, mais d'une affection pulmonaire acciden-

[1] Pronostic et traitement du cancer du sein. (*Gaz. médic.*, 1884.)

telle. Je recevais d'elle, en novembre 1884, une lettre me disant que « du côté de son opération tout allait bien ».

IV. — J'en viens au traitement de mes opérées et aux résultats obtenus.

Depuis que je suis chirurgien des hôpitaux, à la suite de la campagne entreprise par notre excellent collègue le Dr Lucas-Championnière, sous l'impression aussi d'une visite que je fis à Lister, dans son service à Londres, avec mon ami le Dr Terrillon, je suis, ou si vous voulez, j'essaye d'être un fidèle observateur de toutes les pratiques antiseptiques. A ce titre j'ai toujours, à une exception près, dans mes amputations du sein, tenté la réunion immédiate toutes les fois du moins qu'elle était possible.

Est-ce à dire que je l'ai toujours obtenue ?

Non, certes, messieurs, et à cet égard je dois avouer que j'ai été moins heureux ou moins habile que mes maîtres en antisepsie. Je crois cependant que je n'ai qu'à me féliciter, et mes malades avec moi, d'avoir essayé de l'obtenir.

Mes observations à ce point de vue peuvent être groupées sur quatre chefs :

Réunion immédiate proprement dite. . . .	5 cas
Réunion rapide.	10 cas
Réunion retardée.	7 cas
Réunion secondaire	2 cas

Je range sous le nom de réunion *immédiate proprement dite* les cas où la guérison complète est obtenue en 8 ou 10 jours, après deux ou trois pansements. Je ne l'ai observée, vous ai-je dit, que 5 fois.

10 fois j'ai vu la réunion que j'appelle *rapide*. Ce sont les cas où la réunion de la peau et de la couche sous-cutanée se fait primitivement, mais un suintement séro-sanguinolent ou purulent se produit dans la profondeur, sur le trajet du drain. Cela suffit pour que la guérison complète tarde trois semaines à un mois. Je dirai tout à l'heure que ces résultats moins brillants sont probablement dus à ce que je ne retire pas mes drains assez tôt. Le bénéfice pour l'opérée n'en est pas moins considérable. En effet, la durée de la cicatrisation est beaucoup moindre que si aucune tentative de réunion n'avait été faite. Je rappelle qu'il s'agit toujours dans ces cas de plaies étendues, comprenant toute la région du sein, ayant par conséquent de 15 à 20 centimètres de long. Une pareille surface abandonnée à elle-même ne se répare qu'en deux ou trois mois.

Viennent ensuite les cas que je désigne sous la rubrique de *cicatrisation retardée*. Ils sont au nombre de sept. On ne s'étonnera pas de ce chiffre relativement considérable, si l'on veut bien remarquer que la cicatrisation peut être retardée de deux façons, soit parce que la perte de substance de la peau a été trop considérable pour que le rapprochement total des lèvres de la plaie ait été possible, soit parce que la réunion manque absolument et que la plaie suppure dans toute son étendue. Cette dernière éventualité n'a été observée par moi que trois fois sans que je puisse dire exactement la cause de cet échec. Je remarque cependant que deux de ces malades étaient très affaiblies, et que chez elles la récidive a été particulièrement prompte et grave. Chez les quatre autres une suppuration partielle était fatale, puisque j'avais dû laisser une partie de la plaie ouverte. Le retard apporté à la guérison varie avec l'étendue de cette plaie. Tous mes efforts tendent à réduire celle-ci le plus possible. A l'aide de tractions et de sutures profondes je réunis tout ce qui peut être rapproché. En dépit de la suppuration voisine, dans ces parties mises forcément en contact, la réunion primitive fait rarement défaut. On parvient presque toujours ainsi à fermer la plaie du côté de l'aisselle. On a insisté, dans notre dernière séance, sur le bénéfice qui en résulte pour la malade.

Deux fois enfin, vous disais-je, la cicatrisation a été franchement *secondaire*. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'une deuxième récidive, la perte de substance était énorme, une tentative de rapprochement n'était pas possible. Dans l'autre, c'était chez une femme très grasse; la foi m'a manqué, diront les fervents; j'ai préféré ne pas tenter la réunion. C'était au début de ma carrière, je serais aujourd'hui peut-être plus hardi. Je dois ajouter que les parties arrivaient naturellement en contact et que, bien que la plaie eût une grande longueur, la guérison au bout de six semaines était complète.

En somme, si je laisse de côté les cas où le rapprochement des parties était absolument impossible, et ceux où il ne fut que partiel avec perte de substance rendant nécessaire la guérison définitive, je reste en présence de 18 opérations, dans 15 desquelles la durée de la maladie a été considérablement diminuée, grâce aux tentatives de réunion ou à l'emploi du pansement antiseptique.

V. — Si nous considérons maintenant, au point de vue de l'état général des opérées, l'ensemble de mes observations, je n'ai pas lieu d'être moins satisfait. Tout d'abord je n'ai pas eu une seule mort à enregistrer; c'est quelque chose. La fièvre, dans la grande majorité des cas, est nulle; le thermomètre monte parfois

à 38 ou 39°, chez les malades qui ont suppuré; j'ai dit que c'était l'exception.

J'ai eu un cas d'érysipèle, observé en ville, chez une de mes malades à réunion *retardée*. Cette complication survint deux mois après l'opération, alors que la portion de plaie qui n'avait pu être réunie était presque entièrement cicatrisée.

Ce fait peut servir d'argument à ceux qui estiment qu'il y a grand avantage pour la malade à diminuer la durée des phénomènes de réparation. Il est trop clair que, tant qu'ils ne sont pas entièrement accomplis, l'opérée reste exposée aux complications des plaies et particulièrement à l'érysipèle.

VI. — Reste la grosse question des récidives. Sous ce rapport encore je n'ai pas lieu de me plaindre.

Je laisse évidemment de côté cinq cas de tumeurs non cancéreuses. Les malades qui en étaient porteuses restent et resteront guéries. J'ai revu hier l'une d'entre elles opérée en avril 1882.

Mes amputations pour cancer sont au nombre de 19. Au point de vue du résultat définitif elles se répartissent comme suit :

Sans récidive	au bout	de 2 ans 1/2.	2 cas.
—	—	de 2 ans	1 cas.
—	—	de 1 an 1/2	2 cas.
—	—	de 1 an.	2 cas.

Total : 7 opérées sans récidive au bout d'un an et plus.

Viennent ensuite 5 malades opérées depuis six mois au plus, actuellement bien portantes ; mais je n'en tiens pas compte, le temps écoulé depuis l'intervention étant trop court pour que l'on puisse conclure à la non-récidive ; une enfin dont je n'ai pas de nouvelles.

Mes cas de récidive avérée sont au nombre de six. Dans ce chiffre je compte deux malades qui méritent une mention particulière. L'une a été opérée par Broca, en mai 1880; elle a subi depuis lors, de ma part, quatre interventions successives, dont l'une énorme ; elle se porte actuellement encore assez bien. L'autre a été opérée par moi en novembre 1881 ; je lui ai enlevé en 1882 et 1883 des nodosités de récidive locale ; elle porte encore deux petites tumeurs sous-cutanées à évolution lente auxquelles je ne touche pas. Ni chez l'une ni chez l'autre il n'y a d'infection générale.

Mes quatre autres cas de récidive sont au contraire de la plus grande gravité. Tout d'abord le retour du mal est très prompt ; il réapparaît dès le sixième et le huitième mois. La remarque a déjà été faite et elle est vraie ; à mesure que l'on s'éloigne de l'époque de l'opération, les chances de récidive diminuent. Lorsque celle-ci

doit se produire, elle se fait ordinairement avant la fin de la première année. Dans ces quatre cas aussi a lieu l'infection générale, et la mort du malade survient promptement, ou bien la récidive se fait par noyaux cutanés disséminés qui rendent toute nouvelle intervention impossible.

VII. — A quoi attribuer cette évolution différente des lésions que je désigne avec tous les auteurs sous le nom vulgaire de *cancer*.

Je ne puis ici exposer toute ma pensée à ce sujet; cela m'entraînerait trop loin. Je dirai du moins que de l'étude de mes préparations microscopiques résulte pour moi la conviction que l'on arrivera à distinguer, entre les variétés nombreuses de cancer du sein, les formes graves dans lesquelles les ablations les plus larges restent sans effet durable, et celles où une opération complète et précoce peut amener une guérison définitive.

Je pourrais arguer des résultats définitifs relativement favorables que j'ai obtenus, que les tentatives de réunion diminuent les chances de récidive.

Je n'en ferai rien. Je préfère reconnaître que je suis tombé sur une série heureuse de ces cas, où la lésion se présentait avec une malignité moindre.

Mais du moins on ne me dira pas, je pense, que la recherche de la cicatrisation par première intention hâte la repullulation du mal.

Qu'on ne nous accuse pas non plus de faire des opérations parcimonieuses. Ma préoccupation a toujours été d'obtenir une ablation complète de la plaie malade. Le sacrifice de peau et de parties molles que je jugeais nécessaire était fait, je considérais ensuite si le rapprochement des lèvres de la plaie, même au prix de tractions assez énergiques, était possible. S'il ne l'était pas, j'abandonnais une partie de la plaie à la cicatrisation secondaire. Je me suis déjà expliqué plus haut sur ce point.

Cette pratique est je crois celle de tous les partisans de la réunion modératrice dans les cas de cancer.

VIII. — Je serai très bref sur les détails du pansement que j'emploie. Il est à peu de chose près celui qui vous a été exposé par M. Championnière. Je ne fais pas de pulvérisations, mais la surface traumatique en largeur, lavée avec l'eau phéniquée forte (à 5 0/0), et un filet de la même solution arrose la plaie à chaque levée du pansement.

Mes sutures ont toujours été faites au fil d'argent. Elles sont très multipliées. Je n'ai recours aux sutures profondes que lorsqu'elles sont nécessaires au bon rapprochement des parties.

Je place habituellement deux gros drains couchés dans la plaie

et sortant par ses deux extrémités, un troisième pénètre dans l'aisselle, s'il y a lieu.

J'avais autrefois recours au drain perforant le cul-de-sac du lambeau inférieur, que conseille notre collègue. J'y ai renoncé, ayant remarqué qu'il fonctionnait moins utilement que ceux couchés dans la plaie. L'expérience de M. Championnière, qui supprime complètement ceux-ci et no conserve que celui-là, modifiera peut-être ma pratique sur ce point. Les ligatures d'artères doivent être faites au catgut ou à la soie phéniquée.

Mon pansement fait avec la gaze de Lister est très large, je le complète avec de la ouate de façon à envelopper tout le thorax.

Je laisse ordinairement ce premier pansement en place quatre jours pleins. Je ne le lève plus tôt que s'il y a de la douleur ou de la fièvre. Le même jour je supprime tous les points de suture, je retire et nettoie les drains, et les replace après les avoir légèrement raccourcis. On en introduit de nouveaux de calibre moins considérable, si les anciens pénètrent avec peine. Je les diminue ainsi progressivement de longueur et de volume à chaque pansement, jusqu'à ce qu'il me paraisse qu'ils peuvent être complètement enlevés. La pratique de nos collègues me montre que l'on peut avantageusement arriver plus vivement à leur suppression complète.

Telle est, messieurs, ma façon de faire, et tels les résultats que j'ai obtenus. J'ai été long, il m'a semblé ne pouvoir l'être moins pour être absolument véridique.

Rapport.

Hystérotomie dans le cancer.

M. Terrier. M. Dudon (de Bordeaux) nous a envoyé deux observations d'hystérotomie. Ces observations ayant été publiées depuis dans une thèse, les règlements de notre Société m'interdisent de faire un rapport à leur sujet.

Il me sera permis cependant de dire que parmi ces deux opérées, l'une d'elles l'a été, il y a deux ans, et qu'elle est encore guérie à l'heure actuelle, sans traces de récidive.

Il est dit dans l'observation que la tumeur enlevée était un épithélioma.

M. Després. Je demande à faire les réserves les plus absolues au sujet d'un pareil diagnostic.

Rien ne me prouve que c'était bien réellement un cancer, aussi

ne vois-je dans ce fait aucun argument nouveau en faveur de l'hystérotomie pour cancer.

M. Terrier. M. Després persiste à rejeter, d'une manière formelle, l'ablation totale d'un utérus cancéreux. Il me permettra de lui dire qu'en ce moment il est inconséquent avec ce qu'il nous soutenait à la dernière séance.

Parlant à cette séance de l'amputation du sein cancéreux, il nous disait que la seule manière d'éviter la récidive, c'était non seulement d'enlever tout l'organe malade, mais encore dans une très large mesure la peau qui l'entoure. Il faut enlever trop de peau, nous a-t-il dit et répété.

Or, aujourd'hui, parlant du cancer de l'utérus, comment se fait-il qu'il adopte une tout autre manière de voir? Qu'il dise que l'ablation de l'utérus est beaucoup plus dangereuse que l'ablation du sein, et qu'à ce titre on peut hésiter encore à l'heure actuelle au sujet de son opportunité, je le veux bien; mais qu'il reconnaisse avec nous ce que nous admettons avec lui lorsqu'il s'agit des tumeurs du sein, à savoir que cette ablation totale est la seule opération curative possible, et qu'elle devra être adoptée sans contestation le jour où les progrès de la chirurgie en auront diminué la gravité.

M. Després. Le cancer de l'utérus n'est malheureusement pas dans les mêmes conditions que le cancer du sein.

Dès son apparition, le cancer de l'utérus a les plus grandes tendances à ne pas rester limité. Il paraît circonscrit au col, et cependant il s'étend beaucoup plus haut; tout l'organe est, pour ainsi dire, envahi d'emblée. Dans ces conditions, l'opération hâtive et large qui guérit les cancers du sein ne saurait avoir le même résultat pour les cancers de l'utérus, et les cas de guérison qui ont été rapportés sont le résultat d'erreurs de diagnostic. On a pris pour un cancer une hypertrophie des glandes du col. L'erreur s'explique d'ailleurs assez bien, puisque ces hypertrophies glandulaires s'accompagnent d'une infiltration de cellules épithéliales qui simule fort bien l'infiltration spéciale au cancer épithélial.

Si encore il était possible d'enlever dès le début du mal la totalité de l'utérus malade, je comprendrais que l'on proposât de le faire; mais comme une pareille ablation est impossible, sauf peut-être dans le cas de prolapsus complet de l'organe, je persiste à rejeter complètement l'opération.

M. Terrier. On ne peut véritablement pas discuter avec un orateur qui part de ce principe que toutes les hystérotomies guéries sont le résultat d'erreurs de diagnostic.

Le diagnostic du cancer de l'utérus se fait tout comme celui du cancer du sein, et lorsqu'il est posé par un praticien dont la compétence ne saurait faire doute pour personne, son observation acquiert la valeur de toute autre observation, et peut être invoquée dans une discussion comme celle que nous avons en ce moment.

Il est vrai, et le fait a été très bien mis en lumière par M. Cornil, que le cancer de l'utérus remonte très rapidement le long du corps de l'utérus. Mais c'est justement pour cette cause qu'une intervention rapide et aussi large que possible est ici particulièrement indiquée.

Quant à l'objection de M. Després, nous disant que cette ablation totale est impossible, il me sera facile de lui répondre.

Il me suffira de lui dire : « Essayez, et vous verrez que la chose est parfaitement possible. » Elle est, en effet, très faisable, et a été faite depuis longtemps.

M. Després Que l'opération ait été faite, je n'en disconviens pas, mais elle a été faite en quelque sorte au hasard, sans règle fixe, et par conséquent sans qu'il soit possible de dire au juste ce que l'on enlève.

Que l'utérus ait pu être enlevé sur une femme bien portante et ayant eu des enfants, je l'admettrais encore ; mais je ne puis en dire autant lorsque l'opération est faite sur une femme qui n'a pas eu d'enfants, ou bien encore sur une femme qui a eu soit une déviation, soit une inflammation des parties voisines, si minime fût-elle.

La tentative, d'ailleurs, a été faite avant vous, et il me suffira de rappeler à cet égard le souvenir de Récamier. Or, ce chirurgien, comme tous ceux qui ont essayé de l'imiter, ont bien vite reconnu l'impossibilité d'exécuter une pareille opération.

En ce qui concerne les réserves que je fais au sujet de l'exactitude d'un diagnostic, elle m'est bien permise lorsqu'il s'agit d'une observation qui n'a peut-être pas été suffisamment passée au crible d'un contrôle sérieux.

M. Berger. Il fut un moment où l'ablation totale d'un utérus cancéreux a été pour ainsi dire une opération courante à l'étranger ; mais aujourd'hui il y a un retour d'opinion des plus manifestes contre cette opération.

Il a suffi pour qu'il se produise que l'on oppose la constance à peu près complète des récidives et la gravité toute particulière de l'opération en elle-même, gravité telle qu'elle ne saurait être mise en balance avec les opérations de même nature pratiquées pour des cancers externes. Rappelez-vous à cet égard la si instructive obser-

vation que M. Bœckel est venu nous faire connaître à cette tribune. L'hystérotomie ayant entraîné la blessure d'un uretère, il en résulta une fistule uretéro-vaginale. Cette fistule fut traitée par l'ablation du rein, et la malade n'était pas encore guérie de cette seconde opération que le cancer était déjà en pleine récidive.

Je ne veux prendre parti, en ce moment, ni pour ni contre l'hystérotomie, mais je suis bien obligé, en présence de faits de cette nature, de ne l'accepter qu'avec un enthousiasme médiocre, et avec des réserves nombreuses.

M. Polaillon. Je ne crois pas que le cancer de l'utérus remonte d'emblée aussi haut qu'on vient de le dire, et c'est pour cela que jusqu'à nouvel ordre je persiste à préférer l'ablation large du col, ce qui est une opération relativement bénigne, à l'ablation totale de l'utérus, dont la mortalité est si effrayante.

J'ai obtenu deux guérisons par cette amputation partielle, l'une dure depuis plus de deux ans, l'autre dure depuis cinq ans. Dans ces deux cas, le diagnostic d'épithélioma a été fait par M. Cornil.

M. Terrier. Le fait que l'hystérotomie n'est pas une opération réglée ne serait pas une objection bien sérieuse à son égard. Nous faisons tous les jours des opérations non réglées, et cela ne les empêche pas de réussir. D'ailleurs, même à cet égard, l'affirmation de M. Després est inexacte : l'hystérotomie est une opération parfaitement réglée.

Je répondrai à M. Berger : Sans doute, on a des insuccès et ils sont malheureusement nombreux, mais la même chose s'est produite à l'époque où l'on a commencé à faire des ovariotomies, et cela n'a pas empêché que cette opération ne soit devenue une opération courante.

M. Polaillon nous dit que le cancer est souvent limité au col ; la chose est possible, mais c'est bien loin d'être la règle. Consultez les histologistes, et M. Cornil en particulier, ils vous confirmeront mes paroles, à savoir que dès le début le tissu malade remonte extrêmement haut.

J'ajoute que l'ablation du col n'est pas aussi bénigne que l'on veut bien le dire, ne fût-ce qu'au point de vue de la pelvi-péritonite qui en est si fréquemment la conséquence.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Just Championnière.

Séance annuelle du 28 janvier 1885.

DISCOURS DE M. SÉE, PRÉSIDENT.

Messieurs et chers collègues,

Un long usage, dont l'utilité est incontestable, veut qu'à la fin de chaque exercice, celui que vous avez chargé de diriger vos travaux jette un coup d'œil rétrospectif sur l'année qui vient de s'écouler, pour vous rappeler en termes succincts les faits principaux qu'elle a vus se produire, ainsi que les changements qu'elle a introduits dans notre personnel, et pour apprécier sommairement l'influence qu'elle a pu exercer sur l'avenir de la Société de chirurgie et sur sa position dans le monde scientifique.

Je me soumets d'autant plus volontiers à cette obligation imposée à votre président sortant, que le bilan de l'an 1884, comme on dit dans le langage commercial, se présente dans les conditions les plus satisfaisantes. A quelque point de vue qu'on l'envisage, on peut affirmer que cette année n'a été inférieure à ses années ni par l'importance et la variété des travaux qui vous ont été soumis, ni par l'intérêt et la gravité de vos discussions, ni par le talent des orateurs et l'urbanité dont ils ont fait preuve, même dans les débats les plus animés et les plus controversés. Jamais nos séances n'ont été plus remplies, nos ordres du jour plus chargés, plus débordants, dirais-je, si ce mot était français; jamais le public studieux qu'attirent nos réunions n'a été plus nombreux. C'est au point que nous avons dû nous demander s'il ne conviendrait pas d'élargir l'espace que nous lui avons réservé.

Laissant à notre zélé secrétaire annuel le soin de mettre en évidence tout ce qui est relatif à la partie scientifique et à la pratique de notre art, je constaterai d'abord, et je le fais avec bonheur, que, depuis notre dernière séance solennelle, nous n'avons perdu aucun de nos membres titulaires, et que nous avons même vu revenir au milieu de nous un de nos collègues les plus actifs et les plus sympathiques, qu'une grave maladie avait longtemps tenu à l'écart.

Je voudrais pouvoir en dire autant des autres membres de la Société de chirurgie. Malheureusement des vides bien regrettables se sont produits sur la liste de nos correspondants nationaux. Un de ceux dont notre Société s'honorait le plus, M. Bouisson, est

mort après avoir fourni une longue et brillante carrière, et laissant un nom qui ne s'effacera pas de la science. D'autres, au contraire, nous ont été enlevés à un âge qui nous promettait une collaboration encore longtemps continuée. Vous n'avez certainement pas oublié, aucun chirurgien instruit n'oubliera M. Letiévant, dont les travaux sur la chirurgie applicable aux nerfs sont devenus classiques. Les noms de MM. Faucon (de Lille) et Lizé (du Mans) vivront également, du moins au sein de la Société de chirurgie.

A la suite de ces pertes qui nous touchent de plus près, je dois enregistrer celle de plusieurs de nos correspondants étrangers les plus distingués, de Blasius (de Halle), de Bruns (de Tubingue), de Fleming (de Dublin), de Gurlt (de Berlin), de Pitha (de Prague) et de Simon Gust. (de Rostock). La Société de chirurgie les salue d'un dernier adieu.

Enfin, parmi nos associés étrangers, nous avons à déplorer la mort de Rizzoli, l'éminent chirurgien de Bologne.

En revanche, nous pouvons nous réjouir de précieuses acquisitions faites par notre Société dans ces derniers mois. C'est d'abord M. Bouilly, qui a pris rang parmi nous comme membre titulaire; ce sont ensuite MM. Poulet, Villeneuve, Turgis et Malherbe, à qui vous avez conféré le titre de correspondants nationaux. MM. Pellizzari (de Florence) et Sklifossowski ont rempli les vides qui s'étaient produits parmi nos associés étrangers. Enfin MM. Lewis Stimpson (de New-York), Saltzmann (de Helsingfors), Plum et Studsgart (de Copenhague) ont complété la liste de nos correspondants étrangers.

Vous avez dû, cette année, renouveler intégralement votre bureau, notre très distingué secrétaire général, M. Horteloup, étant arrivé au terme de son mandat. Le talent et le zèle qu'il a déployés dans l'exercice de ses importantes fonctions ont été universellement appréciés, et vous lui avez donné une preuve de vos sentiments en lui conférant à l'unanimité la dignité de vice-président.

Au mois d'octobre dernier, en revenant des vacances, vous avez été certainement étonnés, autant que charmés, de voir que nos locaux avaient repris un air de fraîcheur et de jeunesse tout à fait réjouissant. Nous sommes redevables de cette aimable surprise à l'activité vigilante de notre excellent trésorier, qui gère les intérêts matériels de la Société de chirurgie avec la sollicitude d'un père de famille. Grâce à lui, nos finances sont en très bon état, malgré les dépenses exceptionnelles de cette année.

D'autres améliorations dans notre installation, dont il a été question à diverses reprises, sont restées à l'état de projet, pour ne pas charger à l'excès notre budget; elles seront l'œuvre de nos

successeurs, qui auraient pu nous reprocher à bon droit de ne leur avoir rien laissé à faire.

Parmi ces améliorations, une des plus importantes et des plus désirables est celle qui concerne notre bibliothèque. Si le bureau qui va nous remplacer dans quelques jours pouvait nous donner satisfaction à cet égard, il se serait acquis des droits imprescriptibles à notre reconnaissance.

Un autre *desideratum*, que je me fais un devoir de vous signaler, est relatif à nos publications. Il est arrivé trop fréquemment, dans ces derniers temps, que des orateurs qui ont l'habitude de résumer leurs discours par écrit n'ont pas remis en temps convenable leurs manuscrits, ou les épreuves qu'ils voulaient corriger eux-mêmes. De là des retards qui ont provoqué des plaintes de la part des abonnés à notre bulletin, et dont notre secrétaire était innocent.

Il serait facile, je crois, de mettre fin à cet abus, qui présente des inconvénients de toute sorte : il suffirait, pour cela, que notre comité de publication, dont l'existence est devenue en quelque sorte virtuelle, prît ses fonctions un peu plus au sérieux.

Messieurs et chers collègues,

Pénétré de reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence, je vous dois de nouveaux remerciements pour la bienveillance avec laquelle vous m'avez facilité l'exercice de mes fonctions. J'ai fait tous mes efforts pour les remplir à la satisfaction de tous. Rien ne manquerait à la mienne, si, en descendant de ce fauteuil, il m'était permis de penser que je ne me suis pas montré trop inférieur à ma tâche.

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1884, par M. JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, secrétaire annuel.

Messieurs,

En faisant devant vous le résumé habituel de vos séances, je suis exposé à être moins fidèle que mes prédécesseurs ; une longue absence m'a empêché de remplir mes fonctions de secrétaire comme je l'aurais voulu, et j'ai dû recourir à l'obligeance de mon excellent collègue M. Gillette, qui a, durant les premiers mois, rédigé ces bulletins. J'espère, au moins pour les discussions les plus importantes, vous les rappeler et n'être pas trop incomplet.

Comme il arrive d'ordinaire, certaines questions ont été discutées dans un grand nombre de séances différentes. C'est ainsi que

notre volume débute par un discours de M. de Saint-Germain, sur un sujet qui sera repris bien des fois, sur l'ostéoclasie et l'ostéotomie dans le traitement du genu valgum. Les idées ne sont pas encore fixées sur la valeur relative de ces deux traitements. M. de Saint-Germain, partisan de l'ostéoclasie manuelle chez les très jeunes enfants et aussi des redressements orthopédiques, adopte volontiers l'ostéotomie chez les sujets plus âgés. M. Robin (de Lyon) vous a montré son appareil expérimenté nombre de fois et M. Trélat vous a fait suivre le malade ayant subi l'ostéoclasie par cet appareil avec d'excellents résultats. L'ostéoclasie a de nombreux partisans parmi nous : M. Tillaux qui le premier d'entre nous et le plus communément a pratiqué l'ostéoclasie manuelle. M. Verneuil, M. Reclus, M. Lannelongue, ont employé surtout l'appareil Collin.

M. Bœckel nous a apporté de nombreux cas des deux opérations, en montrant une préférence marquée pour l'ostéotomie, moins dangereuse selon lui.

Je vous ai moi-même montré des malades plaidant en faveur de l'ostéotomie, qui me paraît, au moins au delà de la seconde enfance, être dans la plupart des cas préférable à l'ostéoclasie.

La résection des côtes pour la cure des fistules pleurales, dite opération d'Estlander, a occupé de nombreuses séances. Importée chez nous par M. Bouilly, elle a été présentée par un remarquable rapport de M. Berger, qui appuyait de ses propres observations la valeur réelle de l'opération.

Quelques membres de la Société ont eu l'occasion de pratiquer l'opération. MM. Perier, Monod, Berger, Marc Sée, Championnière, dès le commencement de l'année, rapportaient des cas favorables à la méthode sur l'efficacité de laquelle M. Verneuil faisait des réserves.

Plus tard, la discussion revient, M. Nicaise fait un excellent rapport sur un remarquable mémoire d'un élève de l'initiateur de la méthode, M. Saltzmann (d'Helsingfors), depuis notre correspondant, dans lequel il signale bien l'insuffisance de l'opération dans certains cas, mais affirme son innocuité, et dans certains autres cas son efficacité, si elle est largement pratiquée.

M. Bouilly, outre ses cas nouveaux de succès avec lesquels il étudie la technique de l'opération, signale un cas de mort qui paraît infirmer ce que l'on avait dit de l'innocuité absolue de l'opération.

M. Berger rapporte un autre cas de mort.

En revanche, M. Chauvel rapporte deux cas d'opérations de M. Mathieu, bien supportées par des malades certainement tuberculeux. M. Championnière relate le cas et montre les pièces enle-

vées sur un homme auquel il a fait subir en dix mois trois fois l'opération, jusque pour la deuxième côte, et qui l'a parfaitement supportée.

En somme, l'opération est adoptée par les membres de la Société, avec quelques réserves sur les indications. M. Verneuil surtout est sévère pour elle, mais surtout dans les prévisions Le choix des cas présente encore de sérieuses difficultés, mais la résection des côtes paraît devoir être une des précieuses ressources de la chirurgie.

Une assez longue discussion de physiologie pathologique a eu lieu sur la pathogénie du pied plat douloureux, dans laquelle la vieille querelle de ceux qui veulent un début articulaire et osseux avec ceux qui ne connaissent absolument de début que la paralysie musculaire a recommencé, M. Després soutenant cette dernière opinion, M. Terrillon apportant un cas favorable.

La plupart des membres, MM. Berger, Le Fort, Trélat, Verneuil, ont admis qu'il s'agissait là d'une question complexe et que les accidents d'arthrite et les troubles musculaires contribuaient au développement de la maladie.

Une note intéressante de M. Chauvel montre la grande part prise par la race dans le développement du pied plat.

M. Chauvel nous a présenté des rapports fort intéressants sur des mémoires de MM. Robert et Poulet, traitant de la tuberculose osseuse et de diverses lésions scrofuleuses et syphilitiques des os. On peut joindre à ces cas une communication de M. Ollier, sur l'extirpation de l'astragale, qu'il préconise dans un bon nombre de cas d'ostéite. Les membres de la Société, MM. Berger et Tillaux en particulier, se sont montrés peu favorables aux opérations partielles pratiquées pour le tubercule osseux. A la fin du volume, on trouve de nouveau un rapport de M. Chauvel sur un mémoire de M. Poulet, l'hydarthrose tuberculeuse.

Une longue discussion sur le traitement du cancer utérin est née après une fort curieuse communication de M. Jules Bœckel sur un cas de l'extirpation de l'utérus cancéreux, rapidement suivi de néphrectomie et de guérison temporaire.

MM. Verneuil, Polaillon, Marchand, Labbé et Gallard, membre de la Société médicale, se sont nettement prononcés pour l'excision du col cancéreux, tandis que MM. Anger, Després, Terrier, Trélat, Championnière, ont pensé que l'intervention opératoire ne doit répondre qu'à certaines indications, les soins, les pansements permettant souvent plus de survie que les amputations du col trop généralement incomplètes, et les extirpations totales étant encore trop dangereuses pour une application générale.

Une présentation de M. Pozzi, d'un cas d'ovario-hystérotomie, a

fait naître une courte discussion sur la valeur de l'extirpation de l'ovaire dans les cas de crises hystériques entre MM. Terrier, Gillette, Reclus, Pozzi, discussion peu favorable à cette extirpation.

Citons immédiatement un cas curieux d'hystérectomie par M. Terrier, et un rapport du même sur une opération complexe de M. Villeneuve (de Marseille), aujourd'hui notre correspondant, cas d'ovariotomie où une tumeur fibreuse est restée, et où un kyste s'est reproduit.

Des discussions plus courtes ont eu lieu. Nous les rappellerons tout en énumérant les communications les plus importantes.

Cas de hernie traumatique de la base du thorax, par M. Fauvel.

Cas de mort par septicémie à la suite d'extirpation de ganglions, par M. Poulet; rapport de M. Chauvel.

MM. Després, Verneuil, Richelot, se sont montrés hostiles aux extirpations ganglionnaires, qu'ont défendues MM. Trélat et Cazin.

Tumeur du testicule pesant 4 kilogrammes, par M. Tillaux.

Lithotritie et corps étrangers, par M. Monod.

Cloisons congénitales du rectum et indications opératoires, par M. Lannelongue.

Ulcération au contact d'un foyer purulent, par M. Gillette.

Pour un travail de M. Robert, intitulé : *Sur les fistules urétro-péniennes*, M. Tillaux a fait un rapport intéressant, en émettant l'idée que la ponction sus-pubienne pourrait être utilisée avec avantage dans ces cas. Plusieurs de nos collègues ont pensé que cette idée ingénieuse était peu pratique.

Épithélioma de l'extrémité supérieure de l'œsophage, gastrostomie, mort, par M. Terrillon.

Tumeur du lobe droit de la thyroïde, avec exopthalmie, par M. Berger.

Tumeur maligne de la thyroïde, extirpation et guérison, par M. Marchand.

Tumeurs dures de la voûte palatine, par M. Magitot.

Anévrisme cirsoïde, par M. Després, avec extirpation des artères afférentes.

MM. Terrier, Verneuil, Trélat, Pozzi, Chauvel, Sée, ont combattu l'utilité de cette extirpation, affirmant que le retrait des artères afférentes se fait après l'extirpation de la tumeur seule. Un travail de M. Polaillon relatant de nombreux cas confirme cette manière de voir.

M. Louis Thomas (correspondant) est venu nous lire une nouvelle et bien intéressante observation de prolapsus utérin guéri par la ligature élastique.

Les anévrismes ont été étudiés à plusieurs reprises. Anévrisme poplité diffus, anévrisme artério-veineux, par M. Trélat. Anévrisme

fémoral, guéri par ligature au-dessus du sac, par M. Pamard. Anévrisme diffus primitif de l'axillaire, abcès, tamponnement, guérison par M. Houzel.

Ligature des artères dans la continuité par le catgut et rupture de l'axillaire dans les luxations de l'épaule, par M. Cras.

Anévrisme inguinal du côté droit par M. Kirmisson, rapport de M. Berger.

Une communication intéressante de M. Trélat sur la périnéorraphie a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Verneuil, Monod, Pozzi, Polaillon, Marc Sée. Tous les orateurs ont adopté plus ou moins les grandes sutures profondes recommandées par Gaillard Thomas, Emmet, Hue.

M. Verneuil préconise la suture après avivement par le caustique.

M. Verneuil, fidèle à ses études sur l'influence des maladies générales en chirurgie, lit une importante communication sur le diabète et le traumatisme.

Oblitération d'une narine par la saillie de l'extrémité antérieure du vomer, par M. Berger.

Variété rare de corps étranger du genou, par M. Nepveu.

Une communication de M. Bouilly sur trois cas de fractures du radius vicieusement consolidées, traités par des résections, amène une longue discussion sur le traitement de la fracture du radius. Seul de son opinion, M. Després incrimine les appareils plâtrés que recommandent MM. Delens, Bouilly, Trélat, Terrier, Verneuil, Tillaux.

Fistules vésico-vaginales, par M. Hergott.

Fractures du crâne, rapport, de M. Chauvel.

Cas curieux de kyste de la prostate, par M. Millet; intéressant rapport de M. Nicaise.

Important travail de M. Monod sur la résection de l'extrémité du nerf dentaire inférieur dans les névralgies rebelles.

On peut en rapprocher un remarquable rapport de M. Chauvel sur l'élongation des nerfs du bras, suivi d'une discussion et de citations de cas de résection et d'élongation du nerf dentaire.

Énorme hématocèle de la tunique vaginale, par M. Polaillon. Discussion dans laquelle la plupart des membres, MM. Bouilly, Championnière, Reclus, Sée, se prononcent en faveur de la castration contre la décortication.

Communication sur des cas d'ovariotomie, par M. Terrillon.

Cas d'ectrodactylie, par M. Guermonprez; occasion d'un remarquable rapport par M. Berger.

Colotomie et fistules vésico-intestinales, par M. Dumenil.

Une note de M. Terrier sur l'albumine dans l'urine avant et après

le chloroforme montre l'influence curieuse de l'anesthésie chloroformique sur la production de l'albumine.

Un travail très intéressant de M. Le Dentu sur les accidents occasionnés par la filaire du sang et l'hydrocele graisseuse.

Une note de M. Terrier sur le chlorhydrate de cocaïne, l'anesthésique si intéressant que l'on étudie en ce moment en tous pays.

Une communication intéressante de M. Terrier sur la restitution moderne d'une opération ancienne, la cautérisation de la paupière dans l'entropion, rapport sur des mémoires de MM. Vieusse et Trousseau.

Une communication de M. Verneuil sur les suites éloignées d'un cas d'ostéo-périostite du fémur par M. Verneuil; occasion d'une discussion où les orateurs MM. Trélat et Berger apportent des cas nouveaux et intéressants de ces ostéo-myélites récidivant à longue échéance.

Une communication très intéressante de M. Horteloup sur la virulence des bubons, où l'auteur tend à établir, contrairement à l'opinion récemment exprimée par M. Straus que la virulence appartient en propre au pus du bubon, et ne lui est pas communiquée par contact avec les matières qui ont touché le pus de la verge et des chancres.

Avant la fin de l'année nous trouvons encore un rapport de M. Perier sur deux cas de la taille hypogastrique, qu'il a souvent étudiée et beaucoup contribué à réhabiliter parmi nous.

En outre des communications scientifiques nous devons signaler la création d'un Congrès français de chirurgie, sur l'initiative de M. Demons et après un rapport de M. Pozzi.

Les instruments présentés à la Société n'ont pas été très nombreux ; citons un porte-ligatures présenté par M. Guyon; une canule à tamponnement, par M. Perier; une ceinture pour contention de hernies, par le Dr Barrère; l'appareil à ostéoclasie du Dr Robin ; le blépharostat de M. Faucher, et la pince pour le pédicule dans l'ovariotomie, par le Dr Championnière.

Messieurs, j'ai occupé trop longtemps votre attention tout en restant au-dessous de ma tâche. La faute en est à la grande activité de nos séances, à la variété et au nombre des communications qui augmentent toujours; mon résumé doit forcément rester incomplet; j'espère, en revanche, que le volume que nous venons d'écrire ensemble vous offrira une exactitude plus parfaite.

C'est une lourde tâche que celle de secrétaire. Bien des accidents paraissent pouvoir lui être imputés qui sont indépendants de son activité, de sa bonne volonté et de son assiduité. Il y a même à cet égard des lacunes dans votre règlement, qui n'a peut-être pas été fait en vue de la publication rapide de vos comptes rendus et de

l'affluence toujours croissante des matériaux. Des réformes sont évidemment très désirables à cet égard, les secrétaires qui m'ont précédé et ceux qui me suivront le désireront comme moi.

En terminant, je tiens, comme mon prédécesseur, M. Perier, à remercier notre jeune collègue des hôpitaux M. Prengrueber qui, nous communiquant d'excellents comptes rendus, nous a souvent aidé à compléter les nôtres, à votre grande satisfaction.

ÉLOGE DE M. CHARLES-EMMANUEL SÉDILLOT

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, MEMBRE DE L'INSTITUT, MÉDECIN INSPECTEUR DES ARMÉES, DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE SANTE MILITAIRE DE STRASBOURG, PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE STRASBOURG, COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR,

PAR LE Dr HORTELOUP

Secrétaire général.

MESSIEURS,

Lorsque parut le *Manuel du chirurgien d'armée*, de Percy, l'éditeur, pour en faire ressortir l'utilité, commençait ainsi la préface : « Le nouvel ordre de choses établi par la Révolution à jamais mémorable que nous venons d'éprouver impose à tous les chirurgiens l'impérieuse obligation de s'appliquer avec la plus grande attention au traitement des plaies d'armes à feu. »

L'Assemblée nationale venait, en effet, par les décrets d'avril 1792, d'instituer le service médical des armées de la République. quatorze cents médecins ou chirurgiens avaient répondu de suite à son appel; mais ce chiffre était rapidement devenu insuffisant, et la Convention, pour faire face à toutes les exigences du service, décrétait, par la loi du 1er août 1793, que « tous les officiers de santé, chirurgiens, médecins ou pharmaciens, depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à celui de quarante, étaient mis à la réquisition du ministre de la guerre ».

Au moment où la Révolution éclata, le service de santé militaire était régi par l'ordonnance royale de 1788; un remarquable sentiment de justice et d'équité avait présidé à l'organisation médicale dans les régiments et dans les hôpitaux militaires.

A la tête du service, elle avait placé un directoire des hôpitaux militaires et un conseil de santé.

Le directoire, chargé de toute la partie exécutive de l'administration, était composé de deux officiers généraux qui le présidaient, d'un commissaire de guerre et de deux médecins ou chirurgiens des armées distingués par leurs connaissances dans leur art et dans la partie administrative des hôpitaux.

Le conseil de santé, exclusivement composé de médecins ou chirurgiens au nombre de douze, huit en activité, quatre honoraires, avait pour fonctions « l'étude de toutes les parties de l'art de guérir qui peuvent avoir rapport aux hôpitaux militaires ». Il devait éclairer l'administration sur les moyens de perfectionner l'instruction des officiers de santé militaires dont il proposait l'avancement.

La composition du directoire des hôpitaux n'accordait pas à l'élément médical une prépondérance exagérée, mais elle lui donnait, en la lui faisant partager avec le commandement militaire, une équitable et légitime influence.

L'ordonnance de 1788 ne reçut qu'un commencement d'exécution, car déjà se faisait sentir l'approche de la tourmente révolutionnaire ; mais, au milieu de l'effondrement général de toutes les institutions de la vieille société française, les établissements appartenant à l'armée furent respectés. Le peuple, qui ne s'effraya d'aucune ruine, n'osa pas toucher aux hôpitaux, à l'organisation du service de santé des armées, car là il comprit que c'était lui qu'il frappait directement.

La République trouva donc, lorsqu'elle lança ses armées vers la Meuse, l'Escaut, le Rhin, dans les Alpes, un service à peu près organisé, et, surtout, elle trouvait un règlement qu'elle n'avait qu'à s'approprier. Aussi les lois et décrets de 1792 et 1793 ne sont-ils dans leurs grandes lignes que la reproduction de l'ordonnance de 1788.

La composition du conseil de santé était modifiée : au lieu de douze membres, il n'y en avait plus que neuf : trois médecins, trois chirurgiens et trois pharmaciens. En remplaçant la vieille dénomination que Molière s'était chargé de ridiculiser, on donnait, pour la première fois, au service des pharmaciens le même rang que ceux des autres branches de l'art de guérir. Parmi les pharmaciens appelés à faire partie du conseil de santé se trouvait Parmentier.

Les attributions du conseil de santé étaient augmentées; le directoire des hôpitaux ayant disparu, le conseil de santé correspondait sans intermédiaire avec le ministre. Il lui présentait les candidats aux places vacantes et, chose plus grave, il intervenait dans la délivrance des certificats de civisme, pièce indispensable pour obtenir un emploi quelconque.

A la tête de chaque armée se trouvaient un chirurgien, un médecin, un pharmacien en chef, ayant sous leurs ordres le personnel des officiers de santé.

Dans les hôpitaux, le commissariat de la guerre n'avait qu'un rôle secondaire de surveillance et de police : il ne pouvait prendre

de décision que de concert avec le médecin ou le chirurgien en chef.

Devant l'ennemi, le chirurgien en chef avait toute la responsabilité du service, ses collaborateurs ne dépendaient que de lui; son autorité demeurait supérieure, ses ordres s'imposaient sans réplique.

Avant les engagements, le chirurgien en chef désignait l'emplacement des hôpitaux, indiquait la marche des ambulances sur le champ de bataille et devait prendre la direction de l'enlèvement des blessés.

Je ne puis, messieurs, vous donner qu'un aperçu de cette organisation qui subit bien des secousses, contre-coups des bouleversements politiques; mais ce qui ressort, d'une façon éclatante, de ces premiers règlements, c'est la grande autorité dont étaient investis les médecins et chirurgiens en chef; les résultats en furent merveilleux.

Malgré les difficultés effrayantes tenant à la pénurie des ressources, aux guerres continuelles, aux épidémies, à la famine et, même, à ce système de suspicion et d'inquisition si fort en faveur à cette époque, le service de santé militaire, en donnant la confiance aux soldats, contribua largement aux victoires des armées de la République. Percy organisait le bataillon des infirmiers militaires et inventait ces voitures, appelées « wursts », pour l'enlèvement des blessés; Larrey installait ses légions d'ambulance volante dont la seule création, a écrit un historien, suffirait pour lui mériter la reconnaissance de la patrie.

Acceptée par la force des choses, au début de la Révolution, cette grande autorité donnée aux chefs du service médical rencontra devant elle, dès que le calme politique sembla renaître, une puissance bien plus considérable : l'administration de la guerre.

Si, à la tête des armées, on trouvait des hommes de valeur, derniers survivants de l'Académie de chirurgie ou de son école, des anciens amphithéâtres militaires, des écoles de santé de Metz et de Strasbourg, le niveau médical n'était pas élevé.

De vieux chirurgiens majors sans diplôme, un grand nombre de séminaristes ne pouvant plus songer au sacerdoce, des individus ayant une teinte de latinité, avaient été heureux de trouver, dans le service médical des armées, une sécurité que ne leur donnait pas le séjour des villes. Des conflits d'attributions, vieux souvenirs des discussions d'école, s'élevaient souvent entre médecins et chirurgiens. L'esprit d'indépendance qui régnait dans ce corps, justement fier de ses services, devait être un des premiers atteints

par les mesures contre-révolutionnaires qui suivent toujours les luttes politiques.

Exploitant habilement ces raisons, le commissariat de la guerre, qui allait devenir l'intendance, profita d'une période d'accalmie pour soumettre à la signature du ministre un décret qui faisait passer entre ses mains tout le pouvoir exécutif.

Ce décret du 30 floréal an IV a été un malheur pour le soldat, un désastre pour le corps de service de santé militaire, auquel il a fallu près d'un siècle pour reconquérir, par la loi du 14 mars 1882, ses droits les plus élémentaires : son autonomie et la responsabilité de ses actes.

Est-ce que, reconnaissant enfin les services rendus par les médecins de l'armée, le législateur a voulu récompenser leur abnégation, leur dévouement, leur courage? Non, messieurs, car depuis longtemps justice eût été forcément rendue.

Sans crainte d'être démenti, on peut dire que si les fautes accumulées par une administration orgueilleuse et incompétente lui ont fait perdre une partie de son pouvoir, il faut attribuer les causes de cette déchéance à la haute situation que le corps de santé militaire a su conquérir, dans l'opinion publique, par la part considérable qu'il a prise au mouvement scientifique de notre pays.

Vous avez tous présents à l'esprit les découvertes, les travaux que nous devons aux plus élevés de la hiérarchie militaire ; mais lisez seulement la liste des lauréats de la Société de chirurgie, vous y trouverez, chaque année, les noms de jeunes confrères de l'armée; parcourez les procès-verbaux de vos séances, il n'y a pas de mois que l'envoi d'observations intéressantes, recueillies souvent dans de pénibles conditions, ne vous donne la preuve d'un travail continuel.

En prononçant l'éloge de l'éminent correspondant de la Société de chirurgie, M. le professeur Sédillot, membre de l'Institut, médecin inspecteur des armées, nous rendons un juste hommage à un des médecins militaires qui a puissamment contribué, par ses travaux et par son enseignement, à préparer ce légitime succès.

M. Charles-Emmanuel Sédillot naquit à Paris le 18 septembre 1804.

Sa famille, originaire d'Auvergne, comptait plusieurs médecins dont la science a conservé les noms : le premier, habile accoucheur, connu sous la dénomination de Sédillot l'ancien, a laissé une formule antisyphilitique qui porte son nom ; un autre, appelé Sédillot

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 38.3.85. *Le Gérant : G. MASSON.*

père, astronome et savant orientaliste, avait épousé la fille d'un officier distingué, le colonel Fossé, auteur d'importants travaux sur l'attaque et la défense des places de guerre.

On pourrait dire que, par droit de naissance, M. Sédillot était destiné à étudier la médecine et à en suivre la carrière militaire.

Étudiant en 1822, il concourut pour l'externat des hôpitaux de Paris, et entra au Val-de-Grâce en 1824 ; l'année suivante, il prend part au concours de l'internat, mais il ne dut pas l'achever, car le 20 novembre de la même année, il est à Metz comme chirurgien sous-aide-major à l'hôpital d'instruction, où il obtient le premier grand prix en 1826.

Rappelé à Paris l'année suivante, il remporte la même distinction au Val-de-Grâce et le prix d'anatomie et de physiologie à l'École pratique de la Faculté.

En 1829, M. Sédillot soutient une remarquable thèse de doctorat sur le nerf pneumogastrique et ses fonctions chez les mammifères, les oiseaux et les reptiles.

A peine reçu docteur, il fait, soit officiellement, comme démonstrateur au Val-de-Grâce, soit librement à l'École pratique, des cours d'anatomie descriptive et chirurgicale, des cours de médecine opératoire, et, en 1832, il se présente au concours de l'agrégation de la Faculté de Paris.

Il n'est pas nommé, mais cet échec ne le décourage pas, et pour se préparer avec plus de succès, M. Sédillot se réunit à un de ses jeunes collègues, héritier d'un grand nom qu'il devait encore illustrer. Chaque jour une leçon d'une heure, une argumentation approfondie les rompent aux difficultés de la lutte, et au concours de 1835 ils étaient nommés, M. Sédillot le premier, M. Larrey le troisième; Lenoir obtenait la seconde place, et Malgaigne, récemment sorti du Val-de-Grâce, complétait la liste.

De ce travail de chaque jour est née une mutuelle affection qui n'aura pas à redouter « l'illusion des amitiés de la terre, dont parle Bossuet, qui s'en vont avec les années et les intérêts ». Lorsque les événements sépareront les deux amis, il s'établira entre eux une correspondance, gracieusement mise à ma disposition, qui, jusqu'à la dernière heure, sera empreinte des sentiments les plus délicats de sympathie et d'estime.

Le brillant succès qu'il venait de remporter engagea M. Sédillot à se mettre sur les rangs pour la chaire de clinique chirurgicale, vacante par la mort de Dupuytren, et, trois ans plus tard, pour celle de médecine opératoire. Dans ce concours, il eut à traiter, comme sujet de thèse, de l'empyème, opération alors bien discréditée ; Dupuytren avait affirmé que sur cinquante opérés, il en avait

perdu quarante huit; Velpeau, que sur douze empyèmes, il avait eu douze morts; on trouvait, à cette époque, qu'il fallait « avoir une tendance bien hasardeuse pour proposer d'injecter dans la cavité de la plèvre un mélange d'huile et de vin, car pour émettre semblable avis, il fallait avoir oublié toutes les conditions du foyer pleurétique ». M. Sédillot s'éleva avec énergie contre ces propositions en prenant pour épigraphe : *L'opération de l'empyème est mal connue, mal appréciée et mal faite.* Il indiqua tout un plan opératoire et thérapeutique. *Puisque la nature, dit-il, nous montre le mécanisme et les phénomènes de la guérison spontanée du pyothorax et que l'anatomie nous l'explique, l'art doit profiter de ces enseignements et trouver des ressources là où l'organisme n'en fournit plus.* La pratique conseillée par M. Sédillot semblerait, ainsi que l'a écrit un de ses élèves, aujourd'hui bien timide; mais en se reportant à 1839, il y avait un certain courage à l'exposer, et cette thèse eut une réelle influence.

Malgré le talent que M. Sédillot déploya dans ces concours, il comprit qu'il arriverait difficilement à Paris, et lorsque Bégin, venant prendre la direction du Val-de-Grâce, abandonna la chaire de clinique chirurgicale à Strasbourg, il se mit sur les rangs.

En même temps que la chaire de clinique chirurgicale, une chaire de pathologie externe était vacante; la Faculté de Strasbourg décida que les deux chaires n'en formeraient plus qu'une, mais que la chaire serait dédoublée et que les professeurs nommés feraient alternativement six mois le cours de pathologie et six mois le cours de clinique. Mais la Faculté voulut aussi décider que le titre de professeur à la Faculté serait incompatible avec celui de professeur à l'hôpital d'instruction militaire, que le départ de Bégin laissait vacante, et qu'avant de s'inscrire, les candidats militaires devraient s'engager, s'ils étaient nommés, à donner leur démission de l'armée.

Cette prétention souleva de nombreuses réclamations; le conseil royal de l'instruction publique refusa de la sanctionner, et, pour couper court à des discussions qui auraient pu influencer le résultat, il décida que le concours pour les deux chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale aurait lieu devant la Faculté de Paris avec un jury mixte.

M. Sédillot se présentait avec des titres considérables : agrégé de la Faculté, professeur de *Médecine opératoire* au Val-de-Grâce, il avait publié un manuel de médecine légale, le premier volume de sa *Médecine opératoire ;* il avait fait connaître de nouveaux procédés pour l'amputation partielle du pied et pour celle de la jambe avec un lambeau musculo-cutané externe ; il avait proposé une

classification des luxations scapulo-humérales; il avait surtout appelé l'attention sur l'importance de l'application du dynamomètre dans la réduction des luxations à l'aide des moufles; enfin, le *Dictionnaire de médecine* lui devait un grand nombre d'articles.

L'issue du concours n'était pas douteuse : M. Sédillot fut nommé pour remplir une des chaires, et Rigaud, chirurgien des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté, obtint la seconde chaire.

Malgré le désir exprimé par la Faculté, M. Sédillot succéda à Bégin dans ses fonctions à l'hôpital d'instruction militaire.

Il est permis de regretter que cette nomination de professeur à la Faculté de Strasbourg ait éloigné M. Sédillot du service militant, car, dans ses rares apparitions sur le champ de bataille en Pologne et en Algérie, il avait déployé les qualités du vrai chirurgien d'armée.

Il venait à peine de passer sa thèse que, quelques mois après la révolution de Juillet, éclata l'insurrection de Pologne. Cette nouvelle : la Pologne est libre, fut accueillie avec enthousiasme par la France. Appui à nos frères de Pologne était le cri général. Encore tout fiers du succès qu'ils venaient de remporter à Paris, nombre de jeunes libéraux coururent se joindre à ces bandes de généreux patriotes, espérant que leur avant-garde volontaire allait être suivie d'un appui plus réel; espérance qui ne devait pas se réaliser. Le nouveau gouvernement français ne pouvait pas se lancer dans de semblables aventures; mais braver les sympathies de la France eût été un réel danger, aussi sembla-t-il s'y associer.

MM. Sédillot, Malgaigne et quelques autres chirurgiens obtinrent l'autorisation de partir. Quoiqu'on ait écrit qu'ils furent entraînés plutôt par l'amour de la chirurgie que par la passion politique, je me plais à croire que l'idée de servir une noble cause ne fut pas étrangère à leur détermination.

La campagne fut dure, et, quoique très occupé par ses opérations, M. Sédillot put réunir d'intéressants matériaux sur la plique polonaise, qu'il publia à son retour.

L'histoire a enregistré avec quel héroïsme fut soutenue cette lutte dont le triomphe aurait pu changer la face de l'Europe; mais mal dirigés par des chefs hésitants, en proie à des discussions de partis, ne voyant pas venir les secours espérés, écrasés par des forces considérables, les Polonais durent s'avouer vaincus, et le maréchal Sébastiani pouvait prononcer ce mot tristement célèbre : « L'ordre règne à Varsovie. »

Plusieurs bandes cherchèrent un refuge en Autriche, où M. Sédillot paya de quelques mois d'internement sa chevaleresque équipée.

Trente ans plus tard, la Pologne essayait encore de secouer le joug de l'oppresseur ; un interne des hôpitaux, aujourd'hui vôtre collègue, qui a vu de près ce suprême effort, peut vous affirmer qu'on n'avait pas oublié le courageux dévouement des jeunes chirurgiens venus de cette France à laquelle la Pologne mourante adressait cette touchante plainte : « Dieu est trop haut et la France trop loin. »

La campagne d'Algérie à laquelle M. Sédillot prit part fut la seconde expédition de Constantine en 1837.

L'année précédente, arrivés devant Constantine après neuf jours de marche, pendant lesquels il fallut lutter contre la pluie, la neige, la boue, l'absence de vivres, nous avions été obligés, après une tentative d'assaut, de battre en retraite. Le désir de venger un tel désastre remplissait d'ardeur l'armée, mais dès la première journée les difficultés survinrent, et l'on put redouter le retour des épouvantables scènes de la première expédition. La pluie tombait par torrents, il y eut des nuits de tempêtes et les soldats couchaient dans l'eau.

Les fièvres, la dysenterie, le choléra, ne tardèrent pas à éclater; aussi M. Sédillot, chirurgien de l'ambulance de l'avant-garde, eut-il plus à faire de médecine que de chirurgie. Dans le très intéressant récit qu'il a laissé de cette pénible campagne, il a cependant appelé l'attention sur la marche des balles, qui, pénétrant par l'aisselle, allaient fracturer les vertèbres et développer une myélite rapidement mortelle, que la marche inconnue du projectile n'aurait pas fait redouter, et il a fait connaître quelques points curieux sur le appareils inamovibles employés par les Arabes.

Chargé de reconduire à Bône un convoi de cinq cents malades, M. Sédillot, souffrant lui-même, ne dut qu'à sa forte constitution les succès de cette périlleuse mission.

Le rapport qu'il remit au ministère de la guerre ne fut pas très bien accueilli ; on ne voulait tenir aucun compte des faits médicaux, attendu que « n'étant pas médecin, il n'avait pas pu, disait-on, leur avoir donné aucune valeur ». M. Sédillot ne pouvait accepter semblable affirmation. « C'est là, écrit-il, une prétention médicale que le chirurgien doit repousser ; nous sommes au moins aussi aptes que MM. les médecins à juger des influences épidémiques et de l'effet des remèdes, attendu que les influences locales et les constitutions épidémiques ont toujours eu aux yeux des chirurgiens le plus grand intérêt. Avant d'entreprendre une opération, nous interrogeons les maladies régnantes, les épidémies, les saisons, les conditions individuelles ou prédisposantes. »

Ces préceptes, qui ont dirigé toute la pratique chirurgicale de M. Sédillot, sont ceux de la doctrine hippocratique, dont notre éminent collègue a toujours cherché à s'inspirer. Depuis sa thèse sur l'empyème jusqu'à sa dernière communication, en 1879, à l'Académie des sciences, sur l'évolution en chirurgie, il soutiendra que cette doctrine toute d'observations et d'expériences, mais d'expériences basées sur la réalité et non sur l'hypothèse, est la seule qui puisse conduire dans la voie du progrès. Chaque écart de cette doctrine est une faute, un retard, un péril.

Rappelant l'idée fondamentale de la conception hippocratique : « La tendance de la vie est la santé; les maladies sont le résultat des agents extérieurs qui la troublent et l'altèrent. La première indication à remplir est d'éloigner ces agents, de s'en préserver, de les détruire et d'en combattre les nocivités. » M. Sédillot montre, dans ce dernier travail, que la chirurgie antiseptique est appelée à résoudre ce problème. Dès l'origine des immortels travaux de M. Pasteur, il en a compris toute la portée, car « ils vont, dit-il, ouvrir à la médecine des siècles d'études, de connaissances et de ressources ». Pour ces nouvelles espèces d'êtres innombrables dont il regarde « la découverte comme donnant l'espoir de triompher, par des procédés aussi simples qu'efficaces, des maladies, pestes ou épidémies », il propose le nom de microbes, expression si caractéristique, qu'acceptée d'emblée elle désignera, dans l'histoire, les doctrines actuelles.

On s'explique l'accueil que M. Sédillot dut faire à ces recherches, dont la première conséquence a été de faire disparaître de nos services hospitaliers cet horrible fléau, l'infection purulente, dont il avait, dans son *Traité de la pyoémie*, publié en 1849, indiqué la prophylaxie et déclaré la curabilité.

Que la théorie professée par M. Sédillot sur la pathogénie de cette complication des plaies ne soit plus acceptable aujourd'hui, peu importe; mais il faut se rappeler que, véritable précurseur de l'antisepsie, il avait toujours soutenu qu'avec des pansements d'une grande propreté (il avait interdit dans son service l'usage des éponges, comme réceptacles d'impureté), avec des procédés opératoires permettant d'éviter l'étranglement et la rétention des liquides, on pouvait se préserver de la pyoémie ; et, allant plus loin, il en avait affirmé la curabilité en détruisant le foyer d'infection, soit par une profonde cautérisation, soit par une amputation pratiquée plus haut.

Aussi n'a-t-il pas craint d'écrire en tête de son traité de médecine opératoire : « Le succès des opérations dépend de l'habileté

« du chirurgien. Les revers accusent notre ignorance ou nos
« fautes. »

Que l'on ne voie pas dans cette phrase un sentiment d'orgueil du chirurgien heureux; non, messieurs, il ne faut y voir que la confiance absolue, la foi ardente que M. Sédillot avait dans son art : « La croyance, dit-il, à l'efficacité souveraine de l'art et le sentiment de sa propre responsabilité ne manquent jamais au vrai « chirurgien, dont la première règle de conduite est la foi dans la « réussite des opérations qu'il conseille ou entreprend. Engagé « par ses jugements, il les prononce avec réflexion, maturité et « prudence. »

Pour M. Sédillot, les soins qui réclament l'attention du chirurgien avant, pendant et après les opérations, représentent un ensemble immense où le moindre oubli peut entraîner de graves et funestes complications.

C'est en se basant sur cette opinion que, dans sa médecine opératoire, M. Sédillot ne s'est pas seulement attaché à la description des différents procédés opératoires, mais qu'il y a introduit nombre de chapitres, que l'on ne trouve pas dans les ouvrages analogues, sur les indications et contre-indications des opérations en général, sur la préparation du malade, sur les locaux, l'aération des salles, sur le choix et la disposition des aides, sur l'anesthésie, sur la pyoémie, sur les pièces de pansement, les bandages, les appareils de fractures et même sur les procédés de réductions de luxations.

Malgré la critique que l'on a faite de ce plan, quatre éditions entièrement épuisées prouvent la valeur du livre. Pour la quatrième, M. Sédillot avait cru utile, à partir du deuxième volume, de s'adjoindre un collaborateur, et l'ouvrage parut sous les noms de MM. Sédillot et Legouest. « Au moment de me retirer de l'ensei- « gnement et de l'activité professionnelle, dit-il en offrant son « livre à son ancien collègue, j'ai désiré placer ma médecine opé- « ratoire entre les mains d'un jeune successeur actif, capable d'ap- « précier avec autorité les progrès de la chirurgie ; j'espère assis- « ter, dans quelques années, à une cinquième édition aux noms de « MM. Legouest et Sédillot. Je ne serai plus qu'en deuxième ligne, « mais ce sera un souvenir de mes travaux antérieurs. » Il était difficile de remettre en des mains plus dignes le soin de sa mémoire; mais si la cinquième édition n'a pas paru, je crois savoir que, malgré son apparente philosophie, M. Sédillot n'eut jamais le courage d'accepter cette abdication.

Plus que tout autre, M. Sédillot appréciait l'habileté manuelle; mais il n'a pas seulement voulu la vanter et la recommander, car « ne serait-ce pas, dit-il, se borner à élever un autel un peu sté- « rile à la perfection ». Chaque opération est étudiée d'après ses chances de guérison et d'après la préservation des fonctions, et, lorsqu'il préconise un procédé, il veut faire passer sa conviction dans l'esprit du lecteur.

A chaque page, on trouve la preuve de son esprit inventif; sans vouloir parler des nombreux procédés dont il a doté la médecine opératoire des membres, il suffira de rappeler ses ingénieux procédés de blépharoplastie et de cheiloplastie par la méthode indienne, de staphylorraphie avec section des muscles du voile du palais, et la part considérable qu'il a prise dans la vulgarisation de l'urétrotomie interne. N'a-t-il pas été le plus ardent promoteur de l'urétrotomie externe, « opération, sans contredit, des plus « difficiles, lorsqu'on se trouve en présence d'un rétrécissement « infranchi, mais qui doit être comptée parmi les plus belles con- « quêtes de la chirurgie. »

De toutes ses conceptions opératoires, la plus hardie et la plus originale, a dit un juge autorisé, est certainement celle qui consiste à tourner les rétrécissements infranchissables de l'œsophage, en pratiquant directement une bouche à l'estomac.

Ce fut en 1847, se fondant sur les expériences faites sur les animaux et sur les observations de fistules stomacales, que M. Sédillot conseilla la gastrostomie; mais il ne put mettre à exécution ses idées que deux ans plus tard. Malgré tous les soins dont il entoura son opéré et celui sur lequel il tenta pour la seconde fois cette belle opération, il ne put les sauver. On a souvent dit que certains succès opératoires sont des malheurs, car ils entraînent dans une mauvaise voie, mais jamais un insuccès n'a empêché une idée sage et juste de triompher; M. Sédillot a eu le bonheur de pouvoir le constater.

Tous ces travaux avaient ouvert à M. Sédillot les portes de toutes les sociétés savantes de France et de l'étranger. Depuis 1846, l'Académie de médecine le comptait parmi ses correspondants, titre qu'il devait échanger plus tard pour celui de membre associé, et l'Académie des Sciences l'avait nommé correspondant.

Quoique ses occupations ne lui eussent jamais permis d'assister aux séances de la Société de chirurgie, M. Sédillot prit souvent part à ses travaux, soit par lettres, soit par d'importants mémoires. Quelques-uns d'entre vous, messieurs, n'ont peut-être pas oublié

la brillante discussion que souleva la question des résections sous-périostées, dont M. Sédillot ne voulut jamais admettre le principe fondamental. « En transplantant ou en décollant le périoste, on « obtient de l'os, disait-il, mais jamais on n'obtiendra un os. Le pé- « rioste, complètement séparé des os subjacents, laissé en place « ou transporté dans une autre région sous forme de gaine et de « lambeau, ne rendra aucun service à la chirurgie comme moyen et « organe des régénérations des os. » A cette méthode, il oppose l'évidement, opération qui consiste à excaver les os pour les séparer des parties malades et n'en laisser que les couches corticales saines.

La discussion fut excessivement vive. M. Sédillot soutint avec d'autant plus d'énergie l'évidement, qu'il faut bien reconnaître que les résections sous-périostées avaient séduit la jeune école chirurgicale, qui se fit le champion des idées de leur émule de Lyon.

Triompher devant la Société de chirurgie pouvait avoir une importance considérable, car l'Académie des Sciences avait mis au concours, pour le grand prix de chirurgie à décerner en 1866, la question : « De la conservation des membres par la conservation du périoste. »

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attachait à la question, avait décidé que le prix serait de dix mille francs, et l'empereur, informé de cette décision, avait fait écrire qu'il doublait le prix.

M. Sédillot, le maître incontesté de Strasbourg, et le jeune chirurgien qui devait porter si haut la réputation de l'École de Lyon, soumirent les deux méthodes au jugement du tribunal suprême.

Mais ces deux méthodes ne doivent pas être considérées comme des rivales : l'une et l'autre ont leur indication spéciale, et l'Académie, dans un verdict que l'opinion devait confirmer, décida qu'elle partagerait le prix entre les deux compétiteurs.

Pour expliquer l'opposition que M. Sédillot fit aux résections sous-périostées, on peut croire qu'il y avait un peu d'amour-propre d'inventeur, car, par nature, il était disposé à applaudir à toutes les idées nouvelles.

Un des premiers, il soutint que « pour bien juger soi et les autres, il faut quitter de temps à autre son milieu habituel, et que s'immobiliser au sein de ses propres dieux, c'est risquer de se réveiller aux échos d'un autre monde et de s'y trouver étranger ».

Ce fut dans un voyage qu'il fit à Londres, en 1847, qu'il vit Hancock, à Charing-Cross, amputer la cuisse d'un malade « qu'on

éthérisa en plaçant au-dessous de ses narines une éponge imbibée d'éther ».

A son retour à Strasbourg, il commença une série d'expériences sur ce nouvel agent qui allait bientôt céder la place au chloroforme.

Cette merveilleuse conquête de la science ne fut pas acceptée sans résistance, et je crois que, sans manquer de respect à la mémoire de vénérés maîtres, on peut dire que beaucoup d'entre eux eurent longtemps peur de l'anesthésie. Aussi, ce ne fut pas sans provoquer une certaine émotion que M. Sédillot vint affirmer à l'Académie, en 1848, « que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais ».

Il voulait ainsi rassurer les esprits et propager l'emploi de l'anesthésie, mais il ne s'en était jamais dissimulé le danger; il savait toute la prudence que l'on doit déployer : aussi avant d'énoncer cette assertion un peu hardie, eut-il soin de déclarer que « toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie ou de mort se trouve posée », et que « chloroformer est un art qui exige une attention de tous les moments et beaucoup d'habileté et d'expérience ».

M. Sédillot, conséquent avec de tels principes, chargeait toujours la même personne d'administrer le chloroforme. Quelquefois les élèves s'en plaignirent : « On apprend mieux en voyant bien faire, répondait-il, qu'en faisant mal soi-même. »

La tranquillité qu'il trouvait dans cette organisation lui permettait de faire briller la remarquable habileté opératoire que tous ses élèves se sont plu à proclamer, et de conserver dans les circonstances les plus graves un calme et un sang-froid imperturbables. Voulant mettre en pratique tous les devoirs du chirurgien, que résument les trois mots : *cito, tuto* et *jucunde*, M. Sédillot tenait beaucoup à l'élégance opératoire, et il mettait une véritable coquetterie à terminer une grave opération sans avoir une goutte de sang sur ses vêtements et sur ses manchettes.

M. Sédillot avait la tournure du commandement; il était..., mais je m'arrête, messieurs, car n'ayant jamais vu M. Sédillot, je ne pourrais vous en donner qu'une pâle copie, et pour vous le dépeindre, laissez-moi placer devant vos yeux le portrait vivant que son plus fidèle ami nous en a tracé :

« Charles Sédillot était de taille élevée. A cette taille avantageuse se joignait une prestance aisée, une belle figure, une physionomie fine et expressive; son œil tout ouvert et son regard franc, sa

voix sonore et bien timbrée, son langage clair et précis, attiraient l'attention, comme l'enjouement, la gaieté même de son esprit, la distinction de ses manières et jusqu'à l'élégance de sa tenue, inspiraient la sympathie ».

Bon et affable avec ses élèves, dont il aimait à être entouré, M. Sédillot exigeait d'eux une attention de tous les instants ; le moindre oubli était relevé sévèrement. Grand partisan du fer rouge, qu'il employait couramment pendant sa visite, l'entretien du réchaud rempli de fers était confié à la garde d'un externe. Mais, nouvelle vestale, malheur à lui, me disait un de ses élèves qui se rappelait encore ses émotions, si le feu s'éteignait.

M. Sédillot apportait dans l'examen de ses malades un soin minutieux, et ses anciens internes n'ont pas oublié « la patience admirable qu'il déployait dans certaines circonstances, et particulièrement dans le cathétérisme. C'est certainement à cette patience et à l'habileté avec laquelle il maniait les bougies filiformes, qu'il a dû de nier d'une façon trop absolue les retrécissements infranchissables, mais il obtenait des succès inespérés. »

Dans son cours de pathologie externe, M. Sédillot voulait être et était très élémentaire; mais, dans ses leçons cliniques, il en était tout autrement.

D'une grande sûreté et d'une grande précision de diagnostic, exposant les faits avec une lucidité parfaite, il ne laissait aucun point obscur, et, emporté par la chaleur de l'improvisation, il aimait, dans un langage animé et d'un tour quelquefois paradoxal, par lequel il captivait encore plus l'attention de ses auditeurs, toucher aux points les plus élevés de la science et aux questions les plus délicates de notre profession.

« M. Sédillot se faisait, nous a dit M. Eugène Bœckel dans une délicate étude qu'il lui a consacrée, une haute idée de l'exercice de notre art, et du rôle du médecin dans la société. D'après lui, le médecin devait être le supérieur, ou au moins l'égal de ses clients, par la connaissance et par le talent, aussi bien que par l'éducation et l'honorabilité. Mais, s'il exigeait beaucoup du médecin, il voulait aussi de la part du client respect et reconnaissance. Avec son expérience, ses qualités personnelles, sa renommée européenne, M. Sédillot était recherché par les malades de près et de loin, il n'avait qu'à se laisser aller à ce courant pour acquérir une grande fortune. Ce n'était pas son but, il avait une ambition plus noble, celle d'attacher son nom à des découvertes scientifiques ; souvent il se retirait, pendant des semaines, de la pratique pour poursuivre quelque recherche scientifique. »

Outre ses leçons à la Faculté, M. Sédillot fit le cours de clinique chirurgicale à l'hôpital militaire d'instruction jusqu'en 1850, époque à laquelle un décret présidentiel vint, en modifiant le mode de recrutement des médecins de l'armée, fermer les hôpitaux d'instruction.

M. Sédillot resta attaché à l'hôpital militaire, où il fut promu successivement médecin principal de deuxième et de première classe.

Mais les résultats donnés par l'application du décret de 1850 furent loin de répondre à ce que l'on attendait et l'urgence d'une nouvelle réforme se fit bientôt sentir.

Le gouvernement décida la création d'une école de service de santé militaire analogue avec les autres écoles militaires. Les élèves seraient casernés, ils suivraient les cours d'une Faculté et seraient dirigés dans leurs études par des répétiteurs choisis parmi les jeunes docteurs.

Strasbourg, avec sa Faculté si savante, son grand hôpital, et surtout avec tous ses souvenirs se rattachant à l'histoire de la médecine militaire, était tout indiqué.

L'École ouverte en 1857 ne fut définitivement organisée qu'en 1860, lorsque le ministre de la guerre se décida à élever au grade de médecin inspecteur M. Sédillot, qui mettait cette condition pour accepter la direction de l'École.

Lorsqu'on relit la correspondance échangée à l'occasion de cette nomination, on est attristé de la situation secondaire que les règlements donnaient à nos confrères de l'armée : « N'apparaître jamais, écrivait M. Sédillot, que dans un état de dépendance ; jusqu'à ce titre d'officier de santé qui est un repoussoir entre toutes les mains administratives militaires ou civiles; il nous faut plus de mérite pour faire accepter et supporter notre malheureux uniforme, qu'il ne faut de fautes et d'inconséquences aux autres pour diminuer la splendeur du leur. »

M. Sédillot n'avait pas oublié que pendant l'assaut de Constantine les ambulances avaient été placées, par ordre de l'intendance, à une telle distance qu'elles n'avaient été d'aucune utilité.

« J'espère toujours, disait M. Sédillot, une révolution pour notre corps ; non pas une révolution générale, culbute universelle, mais le redressement des torts qui affligent notre misérable constitution spéciale. Combien n'avons-nous pas à nous plaindre de l'esprit funeste de dénigrement et d'abaissement qui plane malheureusement sur nous. »

M. Sédillot rêvait un corps de santé fortement organisé, maître absolu de son matériel, réunissant, sous l'autorité du médecin-chef, tous les personnels appelés à concourir au service sanitaire, et dans

lequel les travaux scientifiques auraient été pris en considération pour monter en grade.

La loi de 1882 n'a pas entièrement réalisé ce rêve, mais elle est cependant un premier pas fait vers le progrès, et l'on sait que le progrès est œuvre de temps et de travail.

Malgré les difficultés administratives dont M. Sédillot eut à triompher pour l'organisation de la nouvelle École, on put rapidement constater d'excellents résultats qui furent principalement dus à l'institution du répétitorat, qui a permis aux maîtres d'aujourd'hui de faire leur début dans le professorat.

En 1865, la croix de commandeur de la Légion d'honneur apportait une légitime récompense au savant directeur de l'École de santé.

Le 7 janvier 1869, M. Sédillot quittait le service militaire, heureux « de pouvoir sans préoccupation hiérarchique ou disciplinaire » se consacrer à sa clinique. La même année, il publiait un important mémoire sur la trépanation.

M. Sédillot a toujours été partisan de la trépanation ; il n'a cessé de protester contre les théories de Malgaigne et contre les allégations de Stromeyer, qui affirmait, comme vous pouvez vous le rappeler, qu'un chirurgien ne peut songer à trépaner que s'il est tombé lui-même sur la tête.

M. Sédillot voulait qu'on opérât de bonne heure. Si pour intervenir, il faut attendre le début des accidents, « c'est opérer, disait-il, « lorsqu'il n'est plus temps ; et dans le doute d'une fracture de la « table interne, il vaut mieux faire une trépanation exploratrice « que de laisser éclater des lésions qu'on ne peut plus enrayer ».

Les événements de 1870 allaient donner à M. Sédillot la triste occasion de refaire de la chirurgie de guerre. Les premiers combats avaient inondé de blessés les villages environnants de Strasbourg. M. Sédillot va prendre à Haguenau le service de l'hôpital. Mais, au milieu de ces graves événements, la science ne perd pas ses droits, et il recueille des observations qui modifient ses opinions sur le traitement des fractures des membres par armes à feu. Jamais M. Sédillot n'avait été un adepte de la chirurgie conservatrice, mais l'occlusion et l'immobilité lui donnent de bons résultats qu'il fera connaître à l'Académie des Sciences, par les soins de M. le baron Larrey, « heureux, lui dit-il, de pouvoir glorifier vos idées et celles de mon maître, votre illustre père ».

Rentré à Strasbourg, M. Sédillot y trouve la ruine et le pillage ; toutes les collections de l'École ont été encaissées et expédiées en

Allemagne. « Elles seront très probablement perdues, dit-il dans « une lettre, à moins que nous ne les retrouvions un jour à Berlin. « Strasbourg ne se relèvera pas de sa chute. L'Allemagne est trop « inférieure à la France sous tous les rapports : sciences, arts, « industrie, moralité, et ne peut qu'abaisser Strasbourg par ses « idées et ses mœurs rétrogrades. L'Alsace n'a jamais été alle- « mande, et nous ne l'avions pas conquise. Elle s'était volontaire- « ment donnée à nous, qui la traitions avec libéralité et affection. »

M. Sédillot ne voulut pas assister à la déchéance de la grande cité qu'il considérait comme son pays natal; refusant la chaire de clinique chirurgicale de la faculté de Nancy, il quitta Strasbourg et vint s'établir à Paris, bien accablé et bien effrayé de l'avenir.

M. Sédillot avait toujours ambitionné l'insigne honneur d'être nommé membre de l'Académie des Sciences, mais deux fois il avait échoué, et, dans la tristesse de son cœur, il ne voulait plus y songer : « Vous faites mirer à mes yeux, disait-il, mon ancienne ambition académique; mais où j'ai échoué, j'échouerai encore; je suis trop vieux, je manque d'ardeur. » Lorsque la mort de M. Laugier laissa une place vacante, il fallut toute l'influence de l'amitié pour l'engager à se mettre sur les rangs.

Vous vous rappelez, messieurs, dans quelles conditions se présentait cette élection. L'Académie semblait vouloir ne plus accueillir que des savants et paraissait, suivant l'expression de M. Sédillot, vouloir chasser la médecine, l'art par excellence, l'art divin.

Enfin, le 25 juin 1872, il était nommé et voyait ainsi réaliser son vœu le plus cher.

Toujours sur la brèche, M. Sédillot vient à l'Académie de Médecine soutenir la nécessité de l'émancipation du corps de santé de l'armée; à l'Académie des Sciences, il fera applaudir de beaux rapports sur les découvertes de Lister et de Pasteur; il publiera son livre du relèvement de la France, dans lequel il montrera tout ce que l'instruction et l'éducation peuvent sur le perfectionnement individuel, et le rôle qui incombe, dans ce grand mouvement, au médecin.

Mais M. Sédillot voit ses forces s'affaiblir ; attristé par une surdité de plus en plus prononcée, il se renferme dans son appartement, ne voulant plus recevoir; frappé d'hémiplégie, il consentit enfin à se rendre à Sainte-Menehould, chez son fils, où, avec le calme et la résignation d'un savant et d'un croyant, il s'éteignit le 29 janvier 1883.

M. Sédillot restera comme une des grandes figures de la chirur-

gie de notre siècle ; ses découvertes, ses ingénieux procédés, son enseignement, le placent au premier rang.

Au moment de prendre sa retraite, M. Sédillot avait voulu, dans deux volumes intitulés : *Contributions à la chirurgie*, réunir toutes les communications dont il avait enrichi les revues et les journaux : « La vie, de nos jours, disait-il, est si occupée et si « active; le milieu de nos agitations si mouvant ; les institutions « si variables; l'instabilité si grande ; tout se succède et s'oublie « avec une telle rapidité, qu'il vient un moment où l'on est disposé « à jeter les yeux sur la carrière que l'on a parcourue, en se « demandant quel en a été l'esprit, la direction, la portée. C'est « une sorte de revue où se reflète le caractère du temps où l'on a « vécu, et dans la science expérimentale dont la marche est transi- « toire, il est permis de dresser le tableau de ses propres œuvres « et de les disputer un moment au moins à l'oubli. »

M. Sédillot pouvait regarder avec orgueil son passé, et, sans crainte, la postérité, son nom ne périra pas; ses œuvres écrites en sont de sûrs garants; mais M. Sédillot était de la famille de ces grands cliniciens jetant à pleines mains et sans compter, idées nouvelles, préceptes, observations, œuvre orale qui ne vit que par le souvenir.

Aussi quel ne dut pas être le déchirement de cœur de M. Sédillot assistant à l'effondrement de cette brillante École qu'il avait créée et voyant ses élèves dispersés par la force brutale.

Mais tous ne sont pas partis, quelques-uns sont restés là-bas conservant les traditions du maître vénéré et portant haut et ferme le drapeau de la chirurgie française.

Merci à ces fiers enfants de la France, comme l'a dit le poète, qui

Gardant l'espoir au fond de leurs cœurs résolus
Sont toujours là pleurant sur ceux qui n'y sont plus.

Le secrétaire M. Championnière lit la liste des prix décernés en 1884.

Prix Duval :

A M. Pousson, pour sa thèse intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie dans les deux sexes.*

Prix Laborie :

Le prix n'a pas été décerné ; la Société donne deux encouragements :

1° De 700 francs à MM. Poulet et Vaillard, professeurs agrégés au Val-de-Grâce, pour leur travail intitulé : *Corps étrangers articulaires.*

2° De 500 francs à M. Charvot, professeur agrégé du Val-de-Grâce, pour son travail intitulé : *De la névrite traumatique.*

Programme des prix que la Société décernera en 1885.

1° Le prix Duval, pour la meilleure thèse ; le montant est de 100 francs en livres.

2° Le prix Demarquay, ayant pour sujet : *De la pathogénie des luxations pathologiques ;* le montant est de 1,000 francs.

3° Le prix Gerdy, ayant pour sujet : *Gangrène des membres. — Étiologie. — Pathogénie. — Traitement chirurgical;* le montant est de 2,000 francs.

4° Le prix Laborie, ayant pour sujet : *Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs ;* le montant est de 1,200 francs.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

Séance du 4 février 1885.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine ;*

2° Des lettres de remerciements de MM. Pelizzarri, nommé membre associé, Studsgaart, Poulet, Turgis, Malherbes et Villeneuve, nommés membres correspondants;

3° Une lettre de M. Pousson, adressant ses remerciements pour le prix Duval, qui lui a été accordé;

4° M. Simon, médecin-major de 1re classe, adresse un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude du trépan et des localisations cérébrales* (renvoyé à l'examen de MM. Polaillon, Nepveu, L. Championnière, rapporteur);

5° Une observation de *Taille sus-pubienne,* adressée par M. Zancarol, membre correspondant (lecture en sera donnée dans une prochaine séance) ;

6° Une observation de *Rupture de la veine fémorale*, par M. Sands (de New-York), membre correspondant;

7° MM. Poulet et Bousquet offrent deux volumes de *Pathologie externe ;*

8° Des brochures sur la *Constitution géologique du Canada;*

9° Brochure intitulée : *De quelques opérations chirurgicales,* par le Dr Lenger, chirurgien de l'hôpital des Anglais, à Liège.

M. Marc Sée, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Me voici arrivé au terme de mes fonctions. Je vous remercie encore une fois de me les avoir confiées, et j'invite les membres de

notre nouveau bureau, M. Duplay, notre président, M. Chauvel, notre secrétaire général, et M. Gillette, notre secrétaire annuel, à prendre possession des postes auxquels vous les avez appelés.

INSTALLATION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1885.

M. S. Duplay, en prenant le fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Ma première parole, en prenant possession du fauteuil de la présidence, sera une parole de remerciement et de gratitude envers mes collègues qui m'ont fait l'insigne honneur de m'appeler à diriger, pendant le cours de cette année, les séances de la Société de chirurgie ; et je suis d'autant plus sensible à cette marque de haute estime, que, depuis quelque temps, les exigences de mon enseignement à la Faculté m'ont empêché de prendre part à vos travaux.

Fort heureusement, la raison qui m'obligeait à déserter vos séances n'existe plus aujourd'hui, et, grâce à mon changement de chaire à l'École, je pourrai désormais me consacrer tout entier à l'exercice des nouvelles fonctions que vous avez bien voulu me confier, et donner l'exemple du zèle et de l'exactitude.

L'importance scientifique de la Société de chirurgie s'accroît de jour en jour, les communications affluent de toutes parts, les discussions se multiplient ; en sorte que le rôle de votre président devient de plus en plus difficile, si, prenant ce rôle au sérieux, il se donne comme tâche de rendre vos séances aussi fructueuses que possible pour l'avancement de la science.

J'espère atteindre ce but en suivant l'exemple de mes illustres prédécesseurs, et je compte sur votre bienveillance habituelle, si je n'y parviens pas entièrement ; car vous pouvez être convaincus que je ferai tous mes efforts pour marcher sur les traces de mes devanciers, et pour augmenter encore, s'il est possible, l'utilité de vos travaux.

A ce dernier point de vue, permettez-moi, messieurs, non de vous donner un conseil, mais d'émettre un vœu : il serait peut-être à souhaiter que les discussions si intéressantes qui s'élèvent au sein de notre Société fussent mieux réglementées et devinssent plus souvent le point de départ de discours mûrement élaborés et par conséquent plus scientifiques. Que de fois n'arrive-t-il pas qu'à l'occasion du procès-verbal ou d'un rapport des discussions

surgissent entre des orateurs non préparés, qui citent de souvenir des faits souvent incomplets, parfois même inexacts, et qu'ils sont obligés de rectifier dans une séance ultérieure, discussions qui, fréquemment, dégénèrent en conversation particulière, se prolongent indéfiniment et absorbent sans utilité réelle la plus grande partie d'une séance, empêchant ou retardant ainsi d'importantes communications !

Ne serait-il pas préférable, toutes les fois qu'une question sérieuse est soulevée, de mettre à l'ordre du jour de la séance suivante cette question, qui pourrait alors être traitée avec l'autorité, la compétence et l'érudition qui conviennent à une Société comme la nôtre?

Si vous partagez mon sentiment à cet égard, je vous demanderai donc de restreindre autant que possible ces discussions improvisées qui nous font perdre un temps précieux. C'est le seul vœu que j'aie à émettre, et je suis persuadé que vous le prendrez en bonne part.

Je vous propose en terminant, messieurs, de voter des remerciements aux membres du bureau sortant.

Rapport

Sur un travail présenté par le Dr Kirmisson, ayant pour titre : *Coïncidence entre les traumatismes crâniens et certains états pathologiques du côté de l'encéphale, notamment le tubercule,*

Par M. Terrillon.

Le travail de M. Kirmisson repose sur une observation personnelle fort intéressante, qu'il est utile de résumer dès le début de ce rapport, car elle permettra de suite de montrer quel était le but que l'auteur se proposait.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans et demi qui subit au mois de mars 1883 un traumatisme de la façon suivante. En jouant à saute-mouton, cet enfant est tombé sur la tête. Au moment où on l'a relevé, il avait les yeux fixes et pleurait. On ne peut savoir exactement sur quel point a porté le traumatisme. Il n'y a pas eu de plaie du cuir chevelu. L'enfant n'a pas perdu connaissance, il n'a pas eu de convulsions, mais quelque temps après l'accident, qui avait eu lieu à cinq heures du soir, la figure est devenue toute bleue. La nuit, il a bien dormi, n'a pas vomi, et n'a perdu de sang ni par le nez ni par les oreilles.

Cet accident n'eut pas de suites immédiates.

Huit jours après environ, la mère de l'enfant s'aperçut qu'il remuait moins facilement le bras gauche et que la face était légèrement déviée.

Après quelque temps, le bras se contractura légèrement.

Ce ne fut que plusieurs mois après que le membre inférieur gauche se prit à son tour. Ces phénomènes allèrent en s'accentuant jusqu'au mois de mars 1884 (une année après l'accident). A ce moment, l'enfant commence à se plaindre d'un assez violent mal de tête qu'il localise le plus souvent dans la région temporale droite. En même temps, il est devenu triste, il refuse de jouer, fait entendre pendant son sommeil de petits cris et vomit de temps en temps.

Le petit malade fut amené dans le service de M. Charcot au mois de mai 1884. M. Kirmisson, qui me remplaçait alors à la Salpêtrière fut appelé à le voir et à intervenir chirurgicalement, s'il y avait lieu.

En effet, l'apparition de ces accidents peu de temps après un traumatisme du crâne, la localisation probable des lésions au niveau des zônes motrices du côté droit, la douleur localisée, et augmentée par la pression, que le malade éprouvait au niveau de la région temporale, enfin la sensation malheureusement très vague d'une légère dépression à ce niveau, pouvaient faire espérer qu'on rencontrerait quelque lésion ancienne.

Bientôt les événements se précipitèrent, l'enfant alla plus mal, et le 12 mai, à 9 heures, M. Kirmisson appliqua une couronne de trépan.

Il se guida, non pas sur les notions théoriques relatives aux localisations cérébrales, mais bien sur l'existence du point douloureux très circonscrit dans la région pariétale, au niveau duquel la pression, à chaque fois qu'on la répétait, déterminait de la part du malade un gémissement plaintif : le bord douloureux se trouvait à 10 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire, c'est-à-dire beaucoup plus en arrière que les régions motrices qui sont chez l'enfant à $0^{m},045$ de cette apophyse (th. de la Folhouse 1876, *Recherches sur les rapports anatomiques du cerveau avec la voûte cranienne chez les enfants*). L'os mis à nu par une incision cruciale se montra tout à fait sain ; la dure-mère était parfaitement normale. Cette dernière membrane incisée, quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien s'écoulèrent à travers la plaie puis les circonvolutions cérébrales, normales également, vinrent faire saillie à travers la perte de substance osseuse.

L'opération fut inutile : l'état du petit malade continua à s'aggraver ; vers deux heures il tomba dans un coma complet et suc-

comba le lendemain matin, à 7 heures et demie, sans avoir présenté de convulsions.

L'*autopsie* faite 36 heures après la mort est venue confirmer ce que l'opération avait déjà montré. Aucune trace de lésion traumatique n'a été visible ni du côté des os ni du côté de l'encéphale. Mais l'hémisphère droit renfermait une tumeur du volume d'un œuf, arrondie, confinant à la base du cerveau et ne faisant aucun relief à la face externe de l'hémisphère. Cette tumeur proémine dans le ventricule latéral, elle remplit le ventricule moyen et refoule même la couche optique du côté opposé, sur laquelle existe une dépression marquée. Les corps opto-striés et la capsule interne du côté correspondant à la tumeur sont détruits; on trouve en outre sur la base, près de l'extrémité antérieure du corps strié, un noyau plus dur, criant sous le scalpel, et réuni à la tumeur principale par une masse gélatiniforme qui paraît contenue dans une espèce de poche.

A la surface des circonvolutions se voient des masses grisâtres du volume d'un petit pois : une sur la première circonvolution frontale du lobe droit, deux sur le pied de la 2e circonvolution frontale de l'hémisphère gauche.

L'*examen histologique* a montré qu'il s'agissait là de tubercule : les préparations présentent en effet des cellules géantes et des follicules tuberculeux très nets. Toutefois, la recherche des bacilles faite par M. Robinski, préparateur de M. Cornil, est demeurée sans résultat.

Dans cette observation, M. Kirmisson ne s'est nullement préoccupé des localisations cérébrales et de leur rapport avec les différents points de la surface du crâne, pour pratiquer la trépanation.

Il n'a eu pour guide que l'existence d'un point douloureux localisé à la surface des os, point qui ne correspondait nullement aux zones motrices.

Nous pouvons donc retenir, à propos de ce fait, que la présence d'un point douloureux limité et persistant après un traumatisme éloigné ne constitue pas toujours une indication formelle de trépanation, malgré les succès qu'on a pu avoir dans ces cas.

M. Kirmisson recherche s'il ne trouverait pas dans la science des cas analogues ou semblables à celui dont je viens de vous donner le résumé. Il nous a lu une observation de Hulke[1] qui présente à peu près les mêmes particularités.

[1] *Méd. Tim. and Gaz.*, 1881, vol. II, p. 85.

Un homme de 21 ans tomba en descendant de wagon, perdit connaissance et ne présenta comme trace de la violence qu'une bosse sanguine sur le crâne. Une somnolence, un demi-coma, persistèrent près de trois mois, et après ce temps, il parut rétabli.

Cependant le moindre travail lui était pénible, et il se plaignait fréquemment de maux de tête.

Six mois après l'accident, il entre à l'hôpital pour des accidents convulsifs répétés qui étaient survenus rapidement.

On ne trouva, pour expliquer ces symptômes, qu'une partie du crâne douloureuse à la pression existant dans la région temporale postérieure, et exactement au point où il avait eu la bosse sanguine après son accident. La pression à ce niveau éveillait toujours une douleur vive et profonde, mais on ne sentait ni dépression nette ni irrégularité du crâne. Comme les convulsions continuaient, on pratiqua la trépanation à l'endroit douloureux, espérant trouver en ce point une lésion.

On ne trouva rien ni dans le crâne ni dans la dure-mère. La surface des circonvolutions était intacte. Espérant rencontrer un abcès profond, le chirurgien enfonça une aiguille tubulée mais sans résultat. A la suite de l'opération, se produisit une accalmie pendant quelques jours : mais les convulsions reparurent. Malgré cela il put retourner dans sa famille, et mourut 6 mois après d'une phtisie galopante.

L'*autopsie* ne montra aucune trace de traumatisme. On ne trouva comme lésion pathologique que quatre petits nodules jaunâtres. L'un d'eux, du volume d'une grosse tête d'épingle environ, était dans la substance grise de la partie antérieure du corps strié, près de sa face supérieure; un second, un peu plus gros, était dans la substance grise d'une circonvolution du lobe frontal gauche. Les deux autres étaient contenus dans chacun des hémisphères cérébelleux, également dans la substance grise : celui du côté droit, plus gros, était d'environ du volume d'une fève.

Dans ce cas, comme dans le précédent, il n'y eut que la douleur localisée, au point exact où avait porté le traumatisme, qui put servir de guide et surtout de prétexte pour l'opération.

On pouvait espérer qu'on trouverait à ce niveau une lésion superficielle, un enfoncement de la table interne ou autre altération capable de produire les convulsions dont souffrait le malade.

On ne trouva rien à la superficie du cerveau, la tumeur qui était cause des accidents était profonde et n'avait eu aucun rapport avec le traumatisme antérieur.

Ces deux exemples curieux ne démontrent nullement que la trépanation ne doit pas être entreprise en pareil cas. Car, dans des

circonstances analogues, les réussites ne sont pas rares. Ils montrent seulement que les coïncidences les plus bizarres peuvent se rencontrer et égarer le jugement du chirurgien.

Il est bon d'ajouter qu'actuellement, avec la méthode antiseptique, la trépanation devient une opération presque inoffensive, et que, par ce fait seul, le chirurgien est autorisé à la pratiquer aussitôt qu'une indication sérieuse se présente. Or, tous les chirurgiens reconnaissent qu'un point douloureux localisé coïncide avec des troubles cérébraux, paraissant avoir pour point de départ une lésion cérébrale située au même niveau, et constitue une indication formelle.

Je ne suivrai pas M. Kirmisson dans toutes les considérations auxquelles il se livre à propos de son observation, et je ne m'occuperai que de deux points qui paraissent avoir été développés plus spécialement dans son travail : l'un, sur la coïncidence qui existe entre un traumatisme cranien et le développement d'une affection tuberculeuse de l'encéphale, et l'autre, sur l'importance de ces faits en médecine légale.

M. Kirmisson se demande si on ne peut pas admettre, dans son observation, que le traumatisme a du être la cause du développement des lésions tuberculeuses.

Il s'agit là d'une bien grave question et bien difficile à démontrer, car il faut toujours se mettre en garde en pareil cas contre les coïncidences les plus bizarres et surtout contre l'exagération des malades, qui veulent toujours faire intervenir un coup, un choc quelconque, comme étant la cause de leurs souffrances tardives.

Voyons ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette hypothèse; et pour cela revenons à l'observation elle-même.

Huit jours après un accident léger, puisque l'enfant se rétablit très vite, se montre une hémiplégie brachiale et faciale. Ces phénomènes d'origine cérébrale augmentent lentement et progressivement pendant une année, et la mort arrive après une trépanation infructueuse.

On ne trouve aucune trace de lésion traumatique superficielle, mais dans la profondeur du cerveau on constate la présence de tubercules volumineux ou petits, disséminés dans la masse cérébrale. Ces lésions étaient largement suffisantes pour expliquer la cause de la mort.

Pourquoi supposer ici que le traumatisme a été la cause du développement des tubercules. Il faudrait admettre que ces lésions ont apparu huit jours après la chute sur la tête, et que déjà, à cette époque de leur développement, elles avaient acquis un volume suffisant pour provoquer des symptômes caractéristiques.

Ce que nous savons de l'évolution lente des tubercules intra-cérébraux nous fait complètement rejeter cette hypothèse.

Il en est de même de l'observation de Hulke que M. Kirmisson donne comme appui de son idée précédente.

Comment expliquer ici qu'un traumatisme localisé, qui n'a laissé, ainsi que la trépanation l'a démontré, aucune trace à la superficie du cerveau, a pu être la cause du développement de tubercules profonds et disséminés ?

Je crois donc qu'il ne faut voir dans ces cas qu'une coïncidence curieuse, et instructive pour l'avenir. La seule concession que je puisse faire à M. Kirmisson est d'admettre que dans ces observations l'ébranlement cérébral a eu pour cause de rendre plus rapidement visibles et d'accélérer l'apparition des symptômes cérébraux dûs à des tubercules antécédents. Cette coïncidence est, du reste, bien manifeste dans deux observations publiées par William Macewen [1].

Dans la première, il s'agit d'un homme de 44 ans, toujours bien portant, qui fit une chute sur une brique, à la suite de laquelle il eut une plaie du cuir chevelu. Immédiatement on vit survenir : coma, pupilles fixes et contractées, respiration stertoreuse, pouls rapide. On crut à une compression du cerveau par épanchement sanguin, mais sans trouver de fractures.

Le blessé mourut au bout de douze heures.

On ne trouva à l'*autopsie* aucune lésion traumatique capable de produire des accidents mortels. Mais une tumeur ancienne, probablement un gliome, occupait la couche optique gauche et avait provoqué une augmentation de liquide des ventricules.

Ici, il est bien certain que le choc a eu simplement pour effet de produire quelques déplacements brusques des liquides ventriculaires ou de la tumeur, qui ont suffi pour produire des phénomènes mortels, lesquels seraient survenus probablement quelques jours après, sans cause spéciale.

Dans une seconde observation, c'était un enfant de six ans qui fut frappé à la tête par un cahier. Le traumatisme fut donc très léger. Il y eut évanouissement, puis retour à la santé. Mais quelques heures après, l'enfant eut de la fièvre, des convulsions, des phénomènes cérébraux graves, et, après 72 heures de maladie, il mourut.

On ne trouve à l'*autopsie* aucune trace du traumatisme, mais des dépôts tuberculeux sur l'arachnoïde et sur la base du crâne, ainsi que plusieurs autres petites tumeurs de même nature.

[1] WILLIAM MACEWEN, *Edinburgh med. journ.*, août 1875, vol. XXI, 1re partie, p. 120.

Dans ces deux observations, on ne peut s'empêcher d'être frappé de cette coïncidence entre l'explosion de phénomènes cérébraux graves, dûs à la présence d'une lésion antécédente, et un traumatisme léger du crâne.

Le mécanisme de cette apparition rapide des phénomènes graves, sous l'influence du traumatisme léger, nous échappe complètement, et on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses hasardées.

Mais l'enseignement le plus complet fourni par ces cas de traumatisme coïncidant avec des lésions plus profondes est surtout utile pour les médecins légistes. Ces faits montrent une fois de plus combien l'autopsie seule peut permettre de trancher les questions de responsabilité les plus graves.

S'il s'agissait en pareil cas de trancher une question de responsabilité, je n'hésiterais pas à déclarer que le traumatisme a pu, dans ces circonstances, produire et amener l'explosion de phénomènes graves qui étaient imminents, mais je ne voudrais aucunement déclarer que ce traumatisme était la cause de la maladie elle-même.

Ces quelques phrases permettront de se rendre compte des questions délicates qui peuvent être soulevées en médecine légale.

Un travail spécial pourrait être fait sur ce sujet et nous pensons qu'il serait d'une grande utilité. Aussi devons-nous remercier M. Kirmisson d'avoir soulevé une question aussi intéressante et d'avoir encouragé ainsi de nouvelles recherches.

Je propose donc à la Société les conclusions suivantes :

1° Adresser des remerciements à l'auteur;

2° Déposer son travail dans les archives ;

3° L'inscrire sur la liste de présentation pour la place de membre titutaire de la Société.

Les conclusions proposées par M. Terrillon sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. le Dr Maréchal (de Brest) lit l'observation d'un homme ayant subi, pour un calcul vésical enchatonné qu'il met sous les yeux de la Société, trois tailles successives : deux périnéales, une hypogastrique.

Commission composée de MM. Delens, Bouilly et Monod, rapporteur.

Communication.

M. Terrier communique la *statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année* 1884.

Messieurs,

Comme l'année dernière, j'ai l'honneur de vous soumettre la statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat en 1884.

Je m'empresse d'ajouter que cette année 1884 doit être réduite de près de quatre mois, pendant lesquels, *sous prétexte de choléra*, le service chirurgical a été fermé par ordre administratif.

Malgré cette interruption forcée, vous verrez que le service chirurgical de cet hôpital a été assez actif, et que les résultats obtenus, en particulier dans les grandes opérations sur l'abdomen, sont assez encourageants, et pour les collègues qui sont venus faire ces opérations dans mon service, et pour moi-même.

Opérations sur les yeux, 52 :

14 cataractes, 12 guérisons avec succès optique, 1 demi-succès, iridotomie consécutive et guérison, 1 insuccès par iritis.

11 iridectomies, 6 guérisons avec amélioration de la vision, 2 guérisons sans modification de la vue, 3 résultats inconnus par suite de la sortie des malades.

2 iridotomies, 2 succès.

8 énucléations du globe, 8 guérisons.

2 opérations de Sœmisch, 2 guérisons, 2 améliorations ayant entraîné l'iridectomie ultérieure.

3 canthoplasties, 3 guérisons.

1 entropion double, 1 guérison.

1 ectropion, 1 guérison.

1 kyste du sourcil, 1 guérison.

1 ablation de cancroïde du grand angle, 1 guérison.

1 blépharoplastie, 1 guérison.

1 ablation de corps étranger du globe, 1 guérison, la vision reste perdue.

2 strabotomies, 2 guérisons.

1 ablation d'un polype de la conjonctive, 1 guérison.

Opérations sur la tête de la face, 14 :

1 incision de Wilde, 1 guérison.

t bec-de-lièvre compliqué, 1 mort, épuisé.

1 résection partielle du maxillaire inférieur, 1 guérison.

1 épulis, ablation, 1 guérison.

2 cancroïdes des lèvres, 2 guérisons.
1 cancroïde du nez, 1 guérison.
1 grenouillette récidivée, 1 guérison.
1 fibrome vasculaire du front, 1 guérison.
4 kystes dermoïdes de la tête et de la face, 4 guérisons.
1 polype sarcomateux des fosses nasales, 1 guérison.

Opérations sur le thorax, 9 :

1 abcès froid du sternum, ostéite, ouverture et grattage, 1 amélioré.
1 tumeur blanche chondro-costale, grattage, 1 amélioré, fistule.
2 ostéite des côtes, grattage, 2 guérisons incomplètes.
1 résection de côte (4 centimètres), 1 guérison.
1 pleurotomie antiseptique sans lavages, 1 mort de broncho-pneumonie.
2 carcinomes du sein, ablation, 1 guérison, 1 mort, hémorragie cérébrale.
1 fibrome du sein, ablation, 1 guérison.

Opérations sur l'abdomen, 5 :

1 lipome de la paroi abdominale, 1 guérison.
1 hernie épiploïque enflammée, résection de l'épiploon et cure radicale, 1 guérison.
2 cures radicales de hernies, 2 guérisons.
1 anus lombaire, pour cancer rectal, 1 mort de pneumonie.

Opérations sur l'anus et le rectum, 10 :

7 fistules anales, 7 guérisons.
2 ablations de végétations anales, 2 guérisons.
1 ablation d'hémorroïdes, 1 guérison.

Opérations sur les voies urinaires, 4 :

1 abcès périnéphrétique, ouverture, 1 guérison.
2 urétrotomies internes, 2 guérisons.
1 taille hypogastrique, 1 guérison.

Opérations sur les organes génitaux de l'homme, 9 :

2 variocèles, 2 guérisons.
4 hydrocèles, 4 guérisons.
2 hydrocèles enkystés, 2 guérisons.
1 hématocèle, ablation, 1 guérison.

Opérations sur les organes génitaux de la femme, 34:

1 polype folliculaire du col, ablation, 1 guérison.
2 épithéliomes du col, ablation, 1 guérison, 1 mort de péritonite.
1 rupture complète du périnée, périnéorraphie, 1 guérison.
1 incision abdominale exploratrice, cancer, 1 mort de péritonite.
1 grossesse extra-utérine (Dr Périer), 1 guérison.
2 hystérectomies, 1 guérison, 1 mort de péritonite.
3 ovariotomies incomplètes, 2 guérisons, 1 mort de fièvre hectique.
23 ovariotomies, 19 guérisons et 4 morts.

Opérations pratiquées sur le membre inférieur, 10:

4 amputations de doigts, 4 guérisons.
1 kyste du poignet à grains rhiziformes (ouverture et grattage), 1 guérison.
1 ostéo-périostite de l'humérus, grattage, 1 guérison.
1 suture osseuse de l'humérus pour pseudarthrose, phlegmon consécutif, œdème généralisé par dégénérescence amyloïde des viscères, 1 mort.
1 lipome de l'épaule, ablation, 1 guérison.
2 ligatures de l'humérale, dont l'une au 1/3 supérieur pour un anévrisme diffus, 2 guérisons.

Opérations pratiquées sur le membre inférieur, 16 :

2 amputations de cuisse, 2 guérisons.
1 amputation de jambe, 1 guérison (le malade meurt ultérieurement phtisique).
2 résections tibio-tarsiennes, 2 encore en traitement et en voie de guérison.
1 désarticulation du gros orteil, 1 guérison.
1 trépanation du fémur, 1 guérison.
1 ostéoclasie, genu-valgum, 1 guérison.
1 hygroma du genou, extirpation, 1 guérison.
2 ténotomes du tendon d'Achille, 2 guérisons.
1 arthrotomie du genou pour corps étranger osseux, 1 guérison.
1 sarcome de la cuisse, 1 guérison, récidive, opération et guérison.
3 onyxis, 3 guérisons.

Toutes ces opérations, dont bon nombre peuvent et doivent être regardées comme graves, ont donc donné treize décès, dont six résultent d'opérations faites sur l'abdomen, c'est-à-dire d'ovariotomies ou d'hystérotomies. L'hystérectomisée que j'ai perdue est morte de péritonite suppurée.

L'ovariotomisée incomplète qui a succombé a été emportée par des phénomènes de septicémie chronique.

L'une des ovariotomisées, opérée aussi par mon ami le Dr Périer, a succombé à une hémorragie interne due à une rupture du tissu utérin près de la ligature du pédicule.

Une autre, opérée par le Dr Peyrot, avait en même temps que son kyste un cancer du péritoine généralisé.

Enfin, 2 de mes opérées ont succombé à la péritonite aiguë. L'une d'elles était peut-être albuminurique.

L'incision exploratrice, faite par notre collègue et ami Richelot, a déterminé, chez une femme épuisée par un sarcome du bassin, une péritonite mortelle.

L'enfant opéré de bec-de-lièvre compliqué est certainement mort d'épuisement, quoiqu'il ait perdu peu de sang pendant l'opération.

La pleurotomie antiseptique a été faite, à la dernière extrémité, chez un sujet atteint de broncho-pneumonie du côté opposé. L'opération de l'anus lombaire avait déterminé l'exagération des phénomènes de congestion pulmonaire que présentait déja le malade, d'où la fin par altération inflammatoire des poumons.

Enfin, l'ablation du col utérin qui fut suivie de péritonite mortelle avait été faite chez une albuminurique.

Nous ne pouvons regarder comme un insuccès opératoire la mort d'une opérée de carcinome du sein dont la plaie était réunie, dont la température n'avait jamais dépassé 38° et qui mourut en quelques heures d'une vaste hémorragie cérébrale, constatée à l'autopsie.

Quant au malade opéré de pseudarthrose humérale, nous le comptons encore comme un insuccès, en ce sens qu'il est mort quelques jours après sa sortie de l'hôpital. Il avait un œdème généralisé, dû très probablement à la dégénérescence amyloïde de ses viscères.

En résumé, de ces 13 décès, 4 péritonites peuvent à la grande rigueur être attribuées à des accidents septiques, en admettant toutefois que les péritonites succédant aux ovariotomies soient toujours septiques, *ce qui n'est pas prouvé*. De plus, une opérée du kyste ovarique, qui n'avait pu être entièrement enlevé, est certainement morte de septicémie subaiguë. C'est d'ailleurs *le seul cas* que nous ayons observé dans l'année.

Lecture.

M. le Dr Ch. Nélaton donne lecture d'une observation de *luxation du coude* en arrière ancienne, réduite avec succès 158 jours après l'accident.

Commission composée de MM. Pozzi, Nepveu et Farabeuf, rapporteur.

Présentation de malade.

Ostéosarcome du maxillaire inférieur. — Résection partielle de l'os. — La plaie est complètement isolée de la cavité buccale. — Réunion par première intention. — Pansement à l'iodoforme.

Par M. Nicaise.

Mme X..., 36 ans, entre le 14 janvier 1885 à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac.

La malade qui fait le sujet de cette observation ne présente aucun antécédent héréditaire; à 8 ans, elle a eu une fièvre typhoïde, et, depuis l'âge de 18 ans, elle a éprouvé à plusieurs reprises des névralgies faciales rebelles. Elle a été réglée à 14 ans; elle l'est encore d'une façon régulière; elle a eu quatre enfants, dont le premier est âgé de 8 ans, et le dernier de 2 ans et demi.

En février 1874, pendant le premier mois de sa première grossesse, la malade éprouva pendant 5 ou 6 jours de violentes douleurs au niveau de la partie droite de la mâchoire inférieure; les gencives, à ce niveau, étaient un peu tuméfiées, et à ce moment elle s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur, presque indolente, du volume d'une lentille, située sur la gencive, du côté de la cavité buccale, et au niveau de la 1re petite molaire inférieure. Cette petite tumeur augmenta un peu, mais insensiblement, jusqu'en juin 1884; à cette époque, la tumeur augmenta rapidement de volume, mais en n'occasionnant que des douleurs très supportables.

Le 14 janvier 1885, on constate l'existence d'une tuméfaction siégeant sur la partie latérale droite du maxillaire inférieur, empiétant légèrement à gauche et en avant sur la ligne médiane, et s'étendant en arrière jusqu'au niveau de la 2e grosse molaire.

Cette tumeur siège sur les deux faces du maxillaire et présente l'épaisseur d'un gros marron; elle offre sur la face interne une bosselure arrondie, et sur la face externe deux bosselures très marquées. La masse est recouverte par la muqueuse rouge et finement vascularisée; la gencive est très épaissie, infiltrée de tissu néoplasique, surtout en avant, où elle forme un bourrelet recouvrant presque entièrement la

canine et deux incisives Au niveau des parties malades, manquent les 2 petites molaires et la 1re grosse molaire, qui ont été enlevées.

La tumeur est partout d'une consistance ferme, comme cartilagineuse, et même osseuse par places. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire, mais on trouve un petit ganglion dans la région sus-hyoïdienne.

Aucun trouble fonctionnel. État général satisfaisant. Urines normales.

La malade a pris de l'iodure de potassium à plusieurs reprises, mais sans aucun résultat.

On discute le diagnostic entre une tumeur périostique, sarcome ou fibrome, et une tumeur osseuse, ostéome, enchondrome ou sarcome. Toutes les probabilités sont réunies pour un ostéo-sarcome du maxillaire.

Le 21 janvier, on pratique la *résection* de la portion malade du maxillaire inférieur, après *anesthésie par le chloroforme* et *suivant le procédé de M. Verneuil :* la muqueuse buccale n'est incisée qu'au dernier temps de l'opération. Incision cutanée suivant le bord inférieur du maxillaire inférieur, do l'angle droit de la mâchoire à 2 centimètres à gauche de la symphyse du menton. Dénudation de la face externe et de la face interne de la tumeur. Avulsion de la 2e grosse molaire inférieure droite. Section, avec la scie à chaîne, du maxillaire, en arrière de la tumeur. Extraction de l'incisive externe gauche de la mâchoire inférieure. Section, avec la scie à chaîne, du maxillaire inférieur, près de la canine gauche. Division de la muqueuse buccale à son union avec la gencive au niveau du fragment sectionné. Extraction du fragment du maxillaire entièrement libéré de ses attaches. Une seule ligature d'artère est nécessaire.

La langue, pendant toute l'opération, a été attirée en dehors de la bouche, du côté gauche; la bouche a été nettoyée à plusieurs reprises avec de petites éponges montées sur des pinces.

La muqueuse de la joue et de la lèvre est alors affrontée et suturée avec la muqueuse du plancher de la bouche par six points de suture avec la soie phéniquée. La plaie est saupoudrée d'iodoforme; puis l'incision cutanée est réunie par six points de suture métallique; on place un gros drain, long de 2 centimètres, au milieu de la plaie cutanée.

Pansement avec la gaze iodoformée recouverte par un Lister. On met à l'intérieur de la bouche, le long de la suture des muqueuses, un petit cylindre de gaze iodoformée maintenu par un fil.

On prescrit deux lavages par jour dans la bouche, avec de l'eau boriquée. Potion de Todd.

Température le soir : 37°,4. Rétention d'urine. On sonde la malade le soir.

22 *janvier*. Nuit bonne. On est obligé de sonder encore la malade. Le soir, elle urine spontanément.

Température du matin : 38°; le soir, 37°,5.

On renouvelle le pansement.

Anesthésie cutanée et muqueuse sur le territoire de terminaison *du nerf mentonnier.*

23 *janvier.* La malade n'éprouve aucune douleur. Lavages boriqués. La température est, matin et soir, de 37°.

24 *janvier.* 2e pansement. Enlèvement des fils d'argent. Réunion complète de la plaie cutanée, sauf au niveau du drain.

25 *janvier.* Un peu de gonflement, non douloureux, de la joue droite.

26 *janvier.* 3e pansement. On laisse encore le drain.

29 *janvier.* On enlève la suture des muqueuses et on constate que la réunion est complète.

2 *février.* On supprime le drain. Pansement simple.

4 *février.* La malade peut être considérée comme guérie, sauf le petit trajet du drain, qui tend à se fermer.

L'anesthésie du menton a diminué un peu sur la périphérie de la plaque insensible.

Remarques. — L'*examen histologique* de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un *sarcome fasciculé,* développé surtout au niveau des surfaces de l'os, mais pénétrant aussi dans son intérieur.

L'opération a été pratiquée suivant le *procédé de M. Verneuil,* qui permet d'éviter la pénétration du sang dans la bouche, ce qui rend possible l'*anesthésie générale.*

Pour découvrir la tumeur, j'ai fait une simple incision courbe le long du bord inférieur de la mâchoire, sans y ajouter d'incision verticale, laquelle était inutile et aurait été suivie d'une cicatrice visible; puis la tumeur a été disséquée sur ses faces externe et interne jusqu'au voisinage de la muqueuse buccale, laissée intacte. L'os a été scié ensuite avec la scie à chaîne; le fragment malade n'était plus maintenu que par la muqueuse buccale encore intacte, sauf au niveau du point de passage de la scie à chaîne. *La muqueuse buccale fut donc séparée de la tumeur dans le dernier temps de l'opération.*

Après la résection, la bouche communiquait largement avec le foyer opératoire et le liquide buccal pouvait s'écouler librement par la plaie, ce qui devait amener de la suppuration. Je résolus d'essayer d'éviter cette complication et d'*isoler complètement le foyer opératoire en supprimant toute communication avec la cavité buccale.* Je suturai la muqueuse du plancher de la bouche à la muqueuse de la joue et de la lèvre inférieure; la suture se trouvait entre les deux sections du maxillaire et recouvrait leur partie infé-

rieure, la partie supérieure faisant saillie dans la cavité buccale. La plaie cutanée fut ensuite suturée, mais je plaçai ensuite un *drain gros et court. Pansement à l'iodoforme.* Le drain fut laissé beaucoup plus longtemps que d'habitude, dans la crainte d'une désunion de la suture buccale.

Le résultat dépassa mon attente, il y eut *réunion totale des sutures buccale et cutanée;* le trajet du drain, seul, fournit un exsudat.

La guérison fut donc complète en quelques jours, et j'aurais pu présenter la malade à la Société huit jours après l'opération, si ce n'eût été la séance annuelle. Ce résultat doit être attribué à l'aseptie buccale et au pansement à l'iodoforme.

Discussion.

M. Reclus croit l'usage de l'iodoforme, pour les plaies de la cavité buccale, excellent: il a eu l'occasion, dans plusieurs cas d'ablation de la langue (opération si sujette aux hémorragies secondaires), d'employer des tampons d'ouate iodoformée, et il a constaté l'absence de ces hémorragies.

M. Marc Sée. La gaze iodoformée est d'une utilité remarquable pour les cas où on ne peut pas appliquer le pansement de Lister, comme dans les lésions de la bouche, de l'anus, des parties génitales de la femme. En pareille circonstance, l'iodoforme, comme antiseptique, donne des résultats excellents.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 11 février 1885.

Présidence de M. Duplay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine et les périodiques médicaux;

2° Des lettres de remerciements de MM. Plum et Sklifossosky, nommés membres correspondants et associés étrangers;

3° *Manuel pratique des maladies de l'oreille*, par le Dr Lévy.

Rapport verbal.

Sur deux observations de M. Bertin (de Gray),

Par M. Richelot.

Messieurs, je regrette de n'avoir pas eu la parole avant l'époque de nos dernières élections pour vous présenter les deux observations de M. Bertin (de Gray). J'espère du moins que ces travaux serviront à notre distingué confrère pour sa candidature de l'année prochaine, au titre de membre correspondant national.

La première observation est l'histoire d'une *ostéomyélite prolongée du tibia droit suivie de trépanation et d'évidement; abcès du grand trochanter et de l'humérus du même côté, avec élimination d'esquilles; guérison.* — Il s'agit d'un garçon de 20 ans, chétif, né d'un père probablement syphilitique. Le 19 septembre 1878, se développe un état typhoïde qui fait croire à la dothinentérie. Le 22, douleur dans la jambe droite, fluctuation, abcès sous-périosté. Plusieurs poussées successives et plusieurs incisions; la trépanation est refusée par le malade; des esquilles sont éliminées. A la fin de l'année, il reste deux fistules, quatre se sont fermées à la suite d'injections de liqueur de Villatte.

L'année suivante, les fistules persistent et il sort de nouvelles esquilles; l'état général devient mauvais; abcès profond du bras

droit, au niveau de l'insertion deltoïdienne. Le 11 novembre 1879, deux couronnes de trépan sont appliquées sur le tibia, dont le tissu est éburné; ablation du pont osseux, curage et évidement du foyer; il n'y a pas de séquestre proprement dit. Au mois de décembre, abcès du grand trochanter; ouverture et cicatrisation. Pendant quatre ans, on observe des poussées nouvelles, avec élimination d'esquilles, du côté du bras et du trochanter; la constitution s'améliore sous l'influence des eaux de Barèges, et enfin le malade guérit.

Cette observation est un bel exemple de ces *ostéomyélites prolongées*, maladies générales infectieuses, sur lesquelles une discussion s'est élevée récemment à la Société de chirurgie.

Le deuxième fait est une *luxation intracoracoïdienne du côté gauche avec fracture du col anatomique; réduction facile; guérison.* — Il s'agit d'un enfant de 8 ans, qui tomba le 20 septembre d'une hauteur de 4 à 5 mètres. On sent la tête humérale sous la clavicule; les mouvements imprimés au bras y produisent une crépitation manifeste; la tête, facile à saisir à cause de la maigreur de l'enfant, ne suit pas les mouvements imprimés au bras. La réduction fut facile : un aide faisant des tractions modérées et la main droite du chirurgien enveloppant l'épaule, les doigts repoussent la tête vers sa cavité et l'y replacent sans grand effort. La luxation réduite, on retrouve la crépitation avec une grande mobilité du corps de l'humérus. Coussin dans l'aisselle, écharpe et bandage de corps. Le 27, on trouve un abcès à l'endroit occupé par la tête humérale pendant son déplacement; incision et guérison rapide. Le 30 octobre, l'appareil est enlevé définitivement et la consolidation parfaite.

Voilà un nouvel exemple de réduction d'une luxation de l'épaule avec fracture (ou décollement épiphysaire?) par *propulsion directe.* C'est d'ailleurs un fait exceptionnel à cause de l'âge du blessé.

Je vous propose, messieurs, de déposer dans nos archives les deux observations de M. Bertin, et de vous en souvenir l'année prochaine, quand la Société nommera de nouveaux membres correspondants nationaux.

Discussion.

M. Marc Sée. Le diagnostic de la dernière observation ne me paraît pas certain, car la luxation sous-claviculaire de l'humérus, avec fracture du col anatomique chez un enfant de 8 ans, est chose extrêmement rare. Il est très possible qu'on ait eu affaire à un décollement épiphysaire et qu'on ait pris pour la tête humérale l'ex-

trémité supérieure du fragment inférieur de la diaphyse refoulée en arrière. Cette observation mérite un point de doute.

M. Richelot. Il est certainement difficile d'affirmer puisqu'on n'a pas vu le malade : pourtant les termes relatés dans l'observation sont d'une très grande netteté et tous les symptômes rappellent la double lésion diagnostiquée par M. Bertin : je n'en relèverai qu'un bien important : la tête ne suivait pas les mouvements imprimés et cela malgré la grande émaciation de l'enfant; le diagnostic me paraît donc exact, cependant on peut toujours faire des réserves puisqu'on n'a pas eu le cas sous les yeux.

Les conclusions du rapport de M. Richelot sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail intitulé :

Contribution à l'étude des luxations des métacarpiens, par le Dr Bablon, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Chambéry.

Bien que se rapportant à une lésion traumatique fort rare et d'origine tout à fait spéciale, la note qui nous est envoyée par M. le Dr Bablon présente, il me semble, un certain intérêt. Il s'agit de la luxation en arrière des deux derniers métacarpiens de la main droite, par l'action directe d'un choc, d'une pression brusque et violente, s'exerçant sur l'extrémité supérieure de ces os du côté de la face palmaire. Notre confrère a eu la bonne fortune de rencontrer trois fois cette lésion, peu fréquente.

I. — Il s'agissait, dans les premiers cas, d'un soldat du 44e de ligne, blessé dans le tir à la cible avec le fusil Chassepot, par le recul subit du levier mobile, la cartouche ayant pris feu avant l'arrêt. Une plaie profonde, déchirée, noircie par la poudre, coupait la paume de la main suivant la branche moyenne de l'M palmaire ; elle se ferma au bout de trois mois, laissant l'organe en assez triste état. A l'hôpital de Fontainebleau, où le militaire avait été soigné, la luxation des métacarpiens ne paraît pas avoir été reconnue ; du moins aucune tentative de réduction n'y fut faite. Quand le Dr Bablon, quatre mois après la lésion, dût examiner le blessé, il fut immédiatement frappé par la déformation du dos de la main, à sa partie interne et immédiatement au-dessous du carpe.

Une saillie brusque, dit-il, dessine l'extrémité supérieure du 4e et celle du 5e métacarpien droit, qui semblent avoir basculé sur un point traversant la partie moyenne de la main, de son bord cubital à son bord radial. Il en résulte un affaissement de l'extrémité inférieure de ces os, et l'enfoncement vers la paume de la racine des doigts correspondants. De là une déformation typique. De plus, l'annulaire et l'auriculaire sont amaigris, effilés, ankylosés dans une flexion légère ; le médius est en extension forcée et sa phalangette recourbée en griffe. Une cicatrice linéaire profonde, coupant la paume de la main, rappelle l'origine de l'accident et la lésion première des tissus mous, spécialement des filets nerveux, cause des troubles trophiques que nous venons de signaler.

Il est regrettable que l'état de la sensibilité continue, tactile et thermique, que l'état des muscles de la main et spécialement des intercostaux n'ait pas été relevé avec plus de détails.

II. — Même origine de la luxation chez le caporal M... du 106e de ligne, sujet de la seconde observation ; recul subit et violent du levier de la culasse mobile d'un fusil Chassepot. Envoyé à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, sept mois après l'accident, le blessé présentait en même temps qu'une luxation en arrière de l'extrémité supérieure des deux derniers métacarpiens de la main droite, une atrophie marquée de la moitié interne de la main. Peut-être le déplacement n'était-il pas aussi complet que chez le premier malade, toutefois le talon de la main blessée offrait en épaisseur 15 millimètres de plus que le côté sain. Les troubles fonctionnels sont plus accusés, les doigts fléchis et immobiles, la peau froide et violacée, témoignent de l'existence de complications inflammatoires à la suite de l'accident.

III. — Dans le troisième cas de luxation rapporté par notre confrère, les conditions ont été un peu différentes, mais le mécanisme est resté le même. Un zouave, chargé de tirer le canon dans une réjouissance publique, s'y prit si imprudemment, qu'au moment où il refoulait la charge, la poudre s'enflamma, et l'écouvillon qu'il tenait de la main droite fût violemment projeté au dehors. La conséquence en fût une plaie profonde, déchirée, de cette main ; plaie bientôt suivie d'un phlegmon intense avec propagation de l'inflammation à l'avant-bras, le long des gaines séreuses des tendons fléchisseurs. Ces accidents étaient terminés quand le blessé entra dans le service du Dr Bablon, à l'hôpital de Dellys. Rien de plus aisé que de constater la luxation en arrière de la base des deux derniers métacarpiens. Malheureusement, il y avait en outre de ce déplacement, devenu irrémédiable, une ankylose incomplète du

poignet et une atrophie de la main plus marquée dans la moitié cubitale. L'annulaire et l'auriculaire en extension permanente sont violacés, à peau froide, humide, peu sensible; pour les autres doigts, il y a de même une certaine gêne des mouvements.

Ainsi que le remarque fort justement notre confrère, les suites d'une lésion traumatique de ce genre sont toujours graves pour les troubles fonctionnels de la main et des doigts. Ce n'est pas le déplacement des métacarpiens seulement; c'est la déchirure des parties molles, le broiement des nerfs, l'ouverture des gaines tendineuses ; ce sont surtout les inflammations consécutives, les synovites, qui sont la source des accidents ultérieurs. L'ankylose des articulations, la raideur des doigts, l'atrophie des muscles, les altérations trophiques des téguments, expliquent la diminution des fonctions de la main. S'il y a intérêt à réduire la luxation quand elle est reconnue immédiatement, il n'y faut plus songer au bout de quelques semaines. M. Bablon n'a fait aucune tentative de réduction, et bien il a fait, puisque dans le cas le plus récent qu'il ait observé, les lésions dataient de plusieurs semaines. Combattre les accidents inflammatoires est chose naturelle. Quand enfin les blessés ne se présentent qu'après des semaines, des mois, c'est contre les troubles trophiques, les atrophies musculaires, les raideurs des doigts et des jointures que le chirurgien doit lutter. Alors, dit notre confrère, on doit avoir recours au traitement thermal et à l'électricité.

C'est précisément sur ce point que quelques renseignements nous eussent été fort utiles. Le D[r] Bablon, plusieurs années de suite, a été chargé d'un service important à l'hôpital militaire thermal de Bourbonne; il eût été intéressant pour nous de connaître l'effet des eaux chez le blessé de sa seconde observation. Notre collègue eût joint quelques faits du même genre, quelques observations analogues, que, pour ma part, je ne lui en eusse pas su mauvais gré. Malgré le livre de M. le D[r] Rochard fils, malgré les travaux de M. Armieux sur les eaux de Barèges, malgré quelques monographies sur les avantages de telle ou telle station thermale, il me semble que la valeur réelle des bains minéraux, sulfureux et nitrés, dans les suites des blessures, est loin d'être clairement et nettement établie.

Mais là n'est pas l'objet de ce rapport. M. Bablon nous dit que dans la littérature médicale il n'a trouvé d'autre fait analogue aux siens qu'une observation de M. Maurice (*Gazette hebdomadaire*, 1868), rapportée par notre collègue M. Polaillon dans l'article Main, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* La luxation, due à la même cause, était ici limitée au 4[e] métacarpien. Après lui, et dans des conditions plus favorables, nous avons

fait des recherches sans aboutir à un résultat beaucoup plus heureux. M. B. Anger, d'après Blum (*Chirurgie de la main*, 1882, p. 29), aurait observé cette luxation une fois, la réduction fut facile et la guérison complète. Dès l'apparition du fusil Chassepot, cependant, les blessures de la main produites par le recul violent du levier de la culasse mobile ont été constatées et décrites. Sonrier seul en rapporte 8 observations, recueillies au camp de Châlons en 1867-1868 (*Recueil de Mémoires de méd. milit.*, 1869). J'ai moi-même eu l'occasion d'en voir quelques-unes en 1867 et 1868 dans les régiments auxquels j'étais attaché. Mais je n'ai pas rencontré la luxation concomitante des deux derniers métacarpiens, et je n'ai pas souvenir qu'elle ait été souvent observée. Bien que de pareils accidents soient devenus presque impossibles avec le fusil Gras et la cartouche métallique, nous devons savoir gré à M. le Dr Bablon de nous avoir rapporté ces 3 cas de luxation en arrière des deux derniers métacarpiens par cause directe.

Je vous propose donc, messieurs : 1° d'adresser des remerciements à M. le Dr Bablon; 2° de déposer son travail dans les archives de la Société.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Desprès lit une observation intitulée :

Hernie étranglée. — Gangrène. — Anus contre nature. — Opération. — Guérison.

Le nommé R... (Vincent), 23 ans, terrassier piémontais, est entré à l'hôpital de la Charité le 27 février 1883; depuis cinq jours, il était atteint d'une hernie inguinale droite étranglée. Il s'agissait d'une hernie de date ancienne non contenue habituellement.

Kélotomie le 27 février à 8 heures du soir.

Après l'ouverture du sac, l'intestin affaissé est trouvé gangrené sur toute la face libre de l'intestin, l'escarre de l'intestin est largement incisée; un point de suture est placé en dehors et traverse le mésentère avec la portion de l'intestin encore saine. Aucun débridement n'a été fait.

Le malade avait un ballonnement considérable au ventre et vomissait des matières vertes. Il y avait une douleur abdominale à la pression dans tous les points du ventre. L'ouverture de l'intestin

ne laissa écouler qu'une faible quantité de matières. Le malade, en un mot, avait une péritonite adhésive.

Le lendemain matin, un vésicatoire de toute la largeur de l'abdomen fut placé sur tout le ventre et le malade fut mis à la diète absolue.

Pendant trois jours, les choses restèrent en l'état, les vomissements persistaient. Enfin, le quatrième jour, des gaz sortirent du bout supérieur de l'intestin, puis des masses écumeuses verdâtres, ce qui indiquait que la portion hernie appartenait à la portion inférieure de l'iléon, ce qui est à peu près la règle; le ballonnement du ventre tomba peu à peu.

A partir de ce jour, tous les accidents de péritonite disparurent et le malade commença à se nourrir.

L'anus contre nature était pansé avec des cataplasmes. Sous ce pansement, l'escarre de l'intestin se détacha, et, le seizième jour, nous constatâmes que tout le bord adhérent de l'intestin recouvert de sa muqueuse était conservé intact; la portion libre seule avait disparu, de sorte que nous avions sous les yeux deux bouts d'intestin accolés par leur surface adhérente et ouverts comme une artère divisée transversalement sans section complète. Il y avait donc, dès le seizième jour, un éperon; mais l'intestin étant en dehors, il n'y avait pas trace d'infundibulum; la longueur de l'anse intestinale, mesurée depuis l'anneau inguinal jusqu'à la partie saillante de l'éperon, était de 9 centimètres. Le doigt indicateur droit introduit dans le bout supérieur, le médius introduit dans le bout inférieur, pénétraient presque entièrement dans l'intestin et permettaient de constater que l'éperon était exclusivement constitué par l'accolement des deux bouts de l'intestin, simulant ainsi les deux canons d'un fusil.

L'anus contre nature était donc confirmé, il ne s'agissait plus que de choisir le moment d'en tenter la guérison. Lorsque trois mois se furent écoulés, lorsqu'il y eut soudure de la peau et de la muqueuse intestinale, je me proposais d'exécuter le plan opératoire suivant : 1° établir la communication entre les deux bouts de l'intestin; 2° détruire toute la portion de l'anse intestinale fixée au dehors de l'anneau inguinal.

Le 17 mai, première application de l'entérotome (je me suis servi, à l'exemple de M. Kœberlé, d'une pince hémostatique que je laissai huit heures en place); cette pince faisait peu d'effet, elle n'était pas assez longue.

Le 19 juin, deuxième application de l'entérotome.

Cette fois je me servis de la pince à phimosis de Ricord, c'est un excellent entérotome, car ses mors dentés ne glissent point et sont assez larges pour produire une bonne mortification; la pince

resta vingt-quatre heures en place, les tissus furent bien coupés et dès le surlendemain il passa quelques gaz par l'anus.

La cicatrisation s'effectua bien, mais, comme toujours, il y eut un peu de réunion de l'angle de la plaie, et l'éperon se reproduisit.

Le 23 juillet, troisième application de la même pince, que je laissai en place quatre jours. Dès ce jour, des gaz et des matières sortent par le rectum, quoiqu'il en passe toujours par la plaie. Alors nous n'avions plus qu'une ouverture au fond de laquelle on trouvait les deux bouts de l'intestin.

J'entrepris de détruire toute la portion d'intestin sortie, je cautérisai la muqueuse avec le fer rouge, le malade étant soumis au chloroforme. Les escarres tombées, j'appliquai de l'amadou caustique trempé dans le chlorure de zinc; nous pûmes voir de nouveau les deux bouts de l'intestin et encore un éperon, mais cet éperon était mince et facile à détruire. Aussi, tout en cautérisant tous les deux jours la muqueuse avec le nitrate d'argent et le chlorure de zinc avec l'amadou, je fis trois applications nouvelles de la pince, 4 octobre, 15 octobre et 22 novembre, et cette fois je me servis de la pince hémostatique à cause du peu d'épaisseur de l'éperon.

Alors, la presque totalité des matières ne sortait plus par l'anus contre nature, et je commençai à exercer une solide compression sur la peau au-dessus de l'anus avec un fort bandage inguinal, gardé même la nuit. Le malade se levait ainsi pansé (pour tout pansement de l'anus, le malade plaçait deux fois dans la journée une compresse de toile sur l'anus contre nature).

Une petite complication survint au mois de novembre, il y eut un érysipèle du scrotum et une adénite inguinale gauche que j'incisai le 4 décembre 1883; la suppuration dura un mois, pendant lequel je continuai les cautérisations au nitrate d'argent et au chlorure de zinc. Au mois de janvier 1884, l'orifice de l'anus contre nature était déjà rétréci, et je pensai que peut-être nous allions assister à une guérison. Il y a en effet dans Scarpa des observations de guérison spontanée d'anus contre nature au bout d'une année. J'attendis donc, me bornant à cautériser l'orifice très rétréci tous les quatre jours et à exercer une compression jour et nuit avec le bandage herniaire.

Au mois de mars, il n'y avait plus, à proprement parler, qu'une fistule, mais elle admettait encore le bout du petit doigt, et depuis deux mois elle restait absolument stationnaire.

J'essayai alors la réunion par seconde intention; le 4 avril 1883, je cautérisai six jours de suite la plaie avec le nitrate d'argent et le chlorure de zinc, et cinq jours après je plaçai deux points de

suture, un entortillé, un à point passé avec un fil d'argent. Cette suture échoua, le fil d'argent coupa rapidement les tissus, et la fistule stercorale se reproduisit exactement comme elle était auparavant. A la suite de cette opération, je laissai reposer le malade; le 2 juin, une autre petite complication survint, il y eut encore un érysipèle du scrotum qui guérit en quatre jours.

Enfin, le 25 juin, je fis l'avivement et la suture. J'avivai comme les Américains pour la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire largement, aux dépens de la peau, sans toucher à la muqueuse intestinale, et je plaçai sept points de suture métallique à point passé. Quatre jours après, la suture avait réussi, sauf à l'angle interne et à l'angle externe, où il y avait un pertuis à peine gros comme une tête d'épingle. Je recommençai alors la compression avec le bandage herniaire, et, peu de jours après, le pertuis de la partie interne était cicatrisé.

Quant à l'autre pertuis, pendant deux mois il se ferma, se rouvrit plusieurs fois à 8 ou 10 jours de distance; enfin le malade, étant resté 20 jours avec sa fistulette fermée, quitta l'hôpital le 16 septembre 1883. Si sa petite fistule s'ouvre de nouveau, elle se fermera de même, et, s'il continue à porter son bandage herniaire, il sera tout à fait guéri.

Remarques. — En dehors de la guérison heureuse de la péritonite grave du malade, cette observation est un exemple de gangrène partielle d'une anse herniée sur la partie libre de l'intestin et non au point étranglé. Ce qui constituait l'obstacle le plus puissant au traitement classique de l'anus contre nature, c'était l'existence, en dehors de l'abdomen, d'une portion d'intestin adhérente au sac absolument inutile, et qu'il importait de détruire. Une suture, en effet, aurait maintenu au dehors une poche intestinale.

Les opérations successives qui ont été pratiquées ont demandé du temps, mais j'estime que la prudence, excessive peut-être, qui m'a fait espacer les manœuvres chirurgicales, ont assuré leur succès.

On remarquera que la dernière suture n'a nullement porté sur l'intestin, cela est contraire à ce que l'on enseignait autrefois; mais l'on considérera que la suture a été faite suivant les procédés modernes que les chirurgiens du commencement du siècle ne connaissaient point, et qui auraient peut-être modifié leur opinion sur la valeur de la suture des téguments.

Lecture.

M. KIRMISSON lit un travail intitulé :

Deux cas de périnéorraphies faites avec succès par le procédé d'Emmet, et avec quelques remarques sur ce procédé.

Commission composée de MM. Marc Sée, Marchand, Terrillon, rapporteur.

Lecture.

M. HENRIET donne lecture d'un travail ayant pour titre :

Étude expérimentale sur la position des corps étrangers de forme allongée dans la vessie chez l'homme.

Commission composée de MM. Polaillon, Bouilly, Monod, rapporteur.

Lecture.

M. DELORME lit un mémoire sur le *Traitement de l'hydarthrose par la compression locale et énergique à l'aide de la ouate.*

Commission composée de MM. Berger, Reclus et Bouilly, rapporteur.

Présentation de pièce pathologique.

M. POULET, membre correspondant, présente une pièce pathologique recueillie dans le musée du Val-de-Grâce, et ayant trait à une *Luxation traumatique ovalaire ancienne de la hanche :* il donne lecture d'une note à l'appui de cette présentation.

Luxation ovalaire ancienne. Production d'une nouvelle cavité cotyloïde dans la fosse ovale. Ankylose, par M. POULET.

MESSIEURS,

Sous le pseudonyme d'ostéite condensante de l'articulation coxo-fémorale gauche, carie, j'ai trouvé au musée du Val-de-Grâce une

pièce pathologique qui offre un réel intérêt. Un examen superficiel permet, en effet, de reconnaître qu'il s'agit en réalité d'une vieille luxation ovalaire non réduite avec ankylose consécutive de la hanche. Comme il n'existe pas en France, à ma connaissance, une seule pièce semblable, j'ai cru devoir vous la présenter et en donner une description succincte.

Description. — La tête du fémur est soudée au bassin sous un angle droit, mais la tête n'est plus dans la cavité cotyloïde; elle occupe le trou ovale, tandis que le grand trochanter répond à la partie postéro-inférieure du cotyle. Cette tête est entourée de toutes parts par une coque osseuse de nouvelle formation, grosse comme un œuf de dinde, assez lisse, régulière et proéminente dans le bassin de 1 centimètre environ. A sa périphérie, cette gaine osseuse se confond avec les parties du squelette qui constituent le trou obturateur, sauf en avant et en haut, au niveau de la gouttière sous-pubienne où il existe encore une fente de 3 centimètres pour le passage du paquet vasculo-nerveux. La coque, qui représente une nouvelle cavité cotyloïde, se termine en avant au niveau de la ligne inter-trochantérienne; en arrière, elle se confond avec la partie postérieure du col, qu'elle enserre sans y adhérer intimement. Des jetées osseuses solides réunissent cette coque osseuse à la surface pectinéale d'une part, à l'épine iliaque antéro-inférieure d'autre part. Ces dernières jetées sont dues à l'ossification du ligament de Bertin.

L'ancienne cavité cotyloïde déshabitée n'a pas perdu sa forme; contrairement à ce qui arrive d'ordinaire, elle n'est pas comblée, sauf un peu en avant, par des productions osseuses.

Une coupe horizontale pratiquée à travers le fémur et la nouvelle coque osseuse, montre que la tête du fémur, légèrement déformée, est distincte de la coque périphérique; elle en est séparée par un sillon variant de un demi à un millimètre. La structure de la coque est celle du tissu spongieux avec deux lames compactes limitantes interne et externe. Le tissu spongieux de la tête fémorale est creusé d'un certain nombre de cavités kystiques, grosses comme une lentille, telles qu'on en observe dans la forme kystique de l'arthrite sèche. L'ankylose de la tête n'existe pas complètement, mais la coque étreint si étroitement le col du fémur, que les mouvements sont impossibles.

Telles sont les principales particularités que présente cette pièce fort curieuse; son principal intérêt réside dans la production de cette coque osseuse si complète, si régulière. En effet, nous sommes mal éclairés sur le mécanisme de formation de ces ossifications nouvelles. Sans doute les muscles ne sont pas restés indif-

férents dans leur genèse, mais il est bien difficile d'attribuer à eux seuls le rôle prépondérant. On sait que dans les conditions nouvelles qui succèdent aux traumatismes, les tissus voisins des os sont susceptibles d'acquérir des propriétés nouvelles et de s'ossifier; le même phénomène observé au voisinage des fragments d'une fracture existeront aussi autour des têtes luxées.

De même les troubles de nutrition des têtes osseuses luxées rendent compte des modifications profondes qu'elles présentent; or, celles-ci sont de deux ordres. Dans certains cas, les os subissent une sorte de régression embryonnaire, et on y observe de nombreux petits kystes comme dans certaines formes de l'arthromalacie. Tel était le cas sur la pièce que je vous présente. Ailleurs, les extrémités osseuses également déformées, beaucoup plus déformées même que dans la variété kystique, sont complètement grasses, et il est impossible de les débarrasser de cette graisse par la macération. Il s'agit là d'un autre état ou peut-être d'une autre phase. Il m'est impossible, malgré mes recherches, de vous dire à quoi tiennent ces différences. Je ne serais pas surpris que l'une des lésions soit due à des troubles nerveux, l'autre à une simple altération nutritive.

Je désire, en terminant, rapprocher le cas qui nous occupe de celui qui a été décrit par A. Cooper[1]; ils offrent de grandes analogies.

« Nous possédons dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas une excellente pièce anatomique de cette luxation que j'ai disséquée il y a plusieurs années. La tête du fémur repose sur le trou ovale; le muscle obturateur externe a complètement disparu, ainsi que le ligament qui occupe d'ordinaire cette ouverture, laquelle est maintenant tout entière occupée par la tête du fémur. Autour du trou ovale s'est déposée une matière osseuse, formant une profonde cavité, dans laquelle la tête de l'os est logée, de manière à pouvoir exécuter des mouvements étendus; cette cavité, de nouvelle formation, entoure le col de l'os sans le toucher et renferme si complètement la tête, qu'on ne pourrait la retirer sans briser complètement sa cavité. La surface interne de cette nouvelle cavité articulaire est extrêmement polie et n'offre pas la plus légère aspérité osseuse capable de faire obstacle aux mouvements de la tête de l'os; les muscles seuls limitaient l'étendue des mouvements. La cavité cotyloïde est comblée par de la matière osseuse et n'aurait pu admettre la tête du fémur en supposant qu'on eût fait des tentatives pour replacer celle-ci dans sa situation normale. La tête du fémur offre peu d'altérations; son cartilage articulaire est intact, le liga-

[1] A. Cooper, Traduction Chassaignac, Richelot, 1837, p. 18.

ment rond est entièrement rompu et la capsule en partie déchirée. Les muscles pectiné et court adducteur avaient été lacérés, mais ils étaient réunis par une expansion tendineuse. Les muscles psoas, iliaque, fessier et pyramidal étaient dans un état de tension. »

Ces deux pièces offrent donc de nombreux points de ressemblance; celle-ci diffère de celle de Cooper par deux points : d'une part la persistance de l'ancien cotyle; d'autre part l'immobilité presque absolue de la tête fémorale déplacée dans sa nouvelle demeure.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

GILLETTE.

Séance du 18 février 1885.

Présidence de M. DUPLAY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine et les publications périodiques;

2° Un mémoire de M. le Dr WEISS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy : Sarcome de la cuisse. Désarticulation de la hanche. Guérison par le pansement antiseptique ouvert du professeur Verneuil. (Commission : MM. Trélat, Nicaise, Verneuil, rapporteur.)

3° Une observation de M. le Dr PRÔT (Charles), d'Aiguebelles : Plaie de la face dorsale de la main gauche, section du tendon extenseur du médius; suture immédiate du tendon. Guérison. (Rapporteur, M. Richelot.)

4° Une lettre de Mme LÉTIÉVANT, de Lyon, veuve de notre correspondant, qui réclame pour son mari la priorité de l'idée et de

l'exécution de la résection des côtes dans le traitement de l'empyème. (Renvoi à l'examen de M. Chauvel.)

5° Un travail de M. ZANCAROL, membre correspondant étranger à Alexandrie (Égypte), sur la suture de la vessie dans la taille sus-pubienne.

6° Un mémoire de M. le Dr FOLET, de Lille, membre correspondant national, intitulé : *Kyste hématique.* (Lecture en sera donnée dans la prochaine séance.)

7° Un travail de M. le Dr MARTEL, de Saint-Malo, membre correspondant : *Fractures successives anciennes des deux rotules, sur le même sujet.* (Sera lu dans une des prochaines séances.)

8° Une note de M. le Dr THOUVENET, de Limoges, sur une modification de la canule à trachéotomie.

9° M. GUÉNIOT dépose sur le bureau de la Société, de la part de M. le Dr LATIL, d'Aix, une observation d'ostéo-myélite aiguë spontanée du tibia, terminée sans suppuration ni nécrose. (M. Delens, rapporteur.)

10° Un travail de M. le Dr PIPET, de Besse : *Calcul vésical. Taille hypogastrique.*

M. le secrétaire général donne lecture du travail envoyé par M. Zancarol, d'Alexandrie, membre correspondant étranger, et relatif à une *observation de taille sus-pubienne avec suture de la vessie pratiquée avec succès.*

Suture de la vessie dans la taille sus-pubienne, par M. ZANCAROL, membre correspondant étranger.

La question de la taille sus-pubienne, qui est aujourd'hui à l'ordre du jour, présente encore un point de litige, au moins en France et en Angleterre, pour ce qui est de la suture de la vessie. D'après mon opinion, la taille sus-pubienne avec suture de la vessie est un procédé rationnel qu'on est tenté d'accepter *à priori*, car on espère par celui-ci obtenir une réunion par première intention, et une durée moindre du séjour du malade au lit, et, par conséquent, en raccourcissant la période du traumatisme en diminuant de beaucoup ses accidents.

Mais le raisonnement n'est pas suffisant en chirurgie. Pour juger la question, il faut des faits cliniques. Cette question, soulevée déjà en 1598, peut aujourd'hui être jugée grâce au pansement antiseptique de Lister et aux soins de propreté que nous apportons à nos opérés.

Déjà, en 1881, par la lecture de belles expériences de E. Vincent : Plaies pénétrantes intrapéritonéales de la vessie (*Revue

de chirurgie), je me suis à tel point influencé en faveur de la suture vésicale dans la taille sus-pubienne, que j'étais tenté de l'appliquer à la première taille que je ferais.

En effet, en avril 1882, opérant une taille sus-pubienne, j'avais commencé la suture de la vessie; mais j'ai dû renoncer, après avoir passé trois points de suture, par les difficultés que j'ai rencontrées dans l'exécution, n'ayant pas à ma disposition un ballon rectal convenable, et étant obligé de passer mes points de suture profondément et à travers une incision abdominale de 5 centimètres.

Le 20 décembre de l'année passée, ayant encore à opérer une taille sus-pubienne, j'ai procédé à la suture de vessie ; mais cette fois-ci, sans aucune difficulté, grâce à un bon ballon rectal que j'ai eu à ma disposition. Dans ce cas, la cicatrice était complète le quatrième jour et le malade en état de quitter l'hôpital, parfaitement guéri, le septième.

C'est ce cas que je me propose de communiquer aujourd'hui à mes collègues de la Société de chirurgie.

Moustafa Elpistairis, Arabe de Damanhour, âgé de 40 ans, est entré à l'hôpital grec le 20 décembre 1884 avec les dérangements habituels de calculs vésicaux.

Le seul antécédent qu'il donne, c'est que ses souffrances ont commencé il y a deux ans.

Le sondage découvre deux calculs vésicaux : l'un, assez grand ; l'autre, beaucoup plus petit.

Dans les urines, on trouve d'abord des œufs de distoma hématobium, du pus et de l'albumine en relation avec la quantité du pus.

La quantité des urines évacuées pendant les 24 heures est de 300 grammes, ce qui indique que les reins aussi ne fonctionnent pas bien. La température du malade ne dépasse pas 38° avant l'opération.

Le malade est opéré le 25 décembre. Le Dr Ruault, de Paris, assiste à l'opération. Après résolution complète par le chloroforme, une injection est poussée dans la vessie, de 240 grammes d'eau boriquée à 1 1/2 0/0, en prenant comme critérium de la capacité de la vessie la résistance que je ressentais au piston de la seringue en poussant l'injection. Cette manière de procéder est, selon moi, le meilleur moyen pour juger de la quantité du liquide à injecter.

La sonde qui a servi à l'injection est retirée et l'urètre lié avec un tube à drainage.

Un ballon en caoutchouc en forme de poire, dont la capacité ab-

solue était de 300 grammes de liquide, est introduit vide dans le rectum, l'intestin préalablement vidé par un lavement.

J'injecte de l'eau dans ce ballon rectal jusqu'à ce que la vessie, suffisamment soulevée, fasse saillie dans l'abdomen.

Après avoir injecté 180 grammes d'eau, la vessie devenait un organe plus abdominal que pelvien. Incision, sur la ligne blanche, de 8 centimètres, en dépassant le pubis de 2 centimètres.

Par cette incision, la paroi antéro-postérieure de la vessie était mise largement à découvert, sans avoir besoin de toucher aux attaches des muscles droits latéralement. Le cul-de-sac péritonéal se faisait voir, à ce temps de l'opération, assez distinctement, et je me suis assuré même de cela, quand à la fin de l'opération le malade, réveillé en partie, dans ses efforts faisait saillir ce cul-de-sac avec une anse intestinale.

Le péritoine est poussé en haut, avec mon doigt, en forme de crochet, et la vessie est fixée avec un tenaculum à côté de la ligne médiane confié à un aide. Une incision est faite sur la ligne médiane de la vessie, suffisante pour laisser passer mon indicateur gauche, qui a quitté le cul-de-sac péritonéal et qui est introduit dans la vessie, pour juger du volume et de la forme du calcul, et par conséquent de l'étendue à donner à l'incision vésicale.

L'incision de la vessie est élargie en bas et portée à 5 centimètres; le lien constricteur de la verge est enlevé. Très facilement alors on peut extraire deux calculs dont l'un d'acide urique, dur, ovoïde, de 40 grammes avec le plus long diamètre 5 centimètres et demi, et le plus court de 5, l'autre petit, de quelques grammes et de la même nature.

Après lavage au sublimé au dix-millième, suture de la plaie vésicale avec le catgut phéniqué de la façon suivante : suture en deux étages en suture profonde et suture superficielle. Trois points de suture pour la première, en évitant de comprendre dans la suture la muqueuse. Quatre points de suture superficielle, qui avait pour but de mettre en contact les deux segments de l'incision de la paroi externe de la vessie.

La suture faite, introduction d'une sonde métallique (dans la vessie) et lavage de la cavité vésicale avec l'eau sublimée, qui sert en même temps pour s'assurer si la réunion par contact des parois de la vessie est complète et, au besoin, ajouter des points de suture. Nous nous assurons que la réunion est complète.

C'est après la suture de la vessie seulement que le ballon rectal est vidé et enlevé ; et il faut ajouter ici que sa présence dans le rectum a de beaucoup facilité la suture de la vessie.

Suture des parois abdominales métallique en laissant un tout petit bout de tube à drainage dans l'angle inférieur de la plaie.

Une sonde élastique est introduite dans la vessie et laissée à demeure ouverte pendant quarante-huit heures.

Pansement avec gaze sublimée au sérum d'agneau 1 0/0, et on administre au malade, à doses fractionnées, 10 centigrammes de poudre d'opium.

Le soir, le pansement enlevé, on s'assure que les pièces du pansement sont très propres. Le malade est tranquille, malgré une température de 39°.

26 *décembre*. — Le pansement est encore changé; pas de pus. Température matin : 38°,1 ; soir : 39°,6. On donne encore de l'opium.

27 *décembre*. — Nouveau pansement; pas de pus. La réunion des parois abdominales est faite par première intention; température : 38°,6 le matin, et 39° le soir. On enlève un point de suture métallique et on retire la sonde.

28 *décembre*. — La réunion persiste; température : 38° matin et soir. Le malade a pu uriner tout seul et bien, sauf une petite douleur à la fin de la miction. On enlève tous les points de suture soixante-douze heures après l'opération.

29 *décembre*. — Tout marche bien; on enlève le tube à drainage, qui est remplacé par du coton sublimé. Température : 38° le matin, et 38°,5 le soir.

30 *décembre*. — Le coton qui était à l'angle inférieur de la plaie est tombé; l'ouverture du drainage s'est fermée. Température : 37° le matin, et 38°,3 le soir. On découvre une petite collection séro-purulente de quelques gouttes à l'angle inférieur de la plaie; celle-ci ouverte, la température devient normale.

Le 2 janvier, septième jour de l'opération, le malade est tout à fait guéri, mais, par prudence, il est gardé à l'hôpital jusqu'au 6 janvier, époque à laquelle il quitte l'hôpital définitivement. Les urines ont augmenté jusqu'à 850 grammes en vingt-quatre heures la veille de sa sortie.

Ce qui ressort de cette observation, c'est d'abord les avantages de la suture vésicale et la supériorité du pansement au sérum sublimé aux autres.

Maintenant, comme détails du procédé opératoire, je désire attirer l'attention de la Société sur deux points.

D'abord, les avantages de ne pas vider le ballon rectal avant de faire la suture de la vessie, et l'introduction d'une sonde élastique à demeure ouverte pendant les premières quarante-huit heures après l'opération.

Quant au résultat définitif, il a été assez beau pour encourager les praticiens à faire toujours la suture de la vessie.

Or, la taille sus-pubienne avec suture de la vessie, procédé très rationnel, comme je disais au commencement de ma communication, fera entrer ce procédé dans la chirurgie courante de tous les calculs vésicaux, à l'exception de pierres justiciables par litholapaxie, et dont le nombre, plutôt qu'augmenter, va se restreindre.

Du reste, nous venons de lire, dans le compte rendu de travaux du dernier congrès de Magdebourg, que Bergmann a présenté dix cas de taille sus-pubienne avec suture de la vessie, suivies de guérison.

Rapport.

Sur un travail de M. le Dr HUMBERT, intitulé : *Fracture spontanée du fémur attribuée à un ostéo-sarcome,* par M. TERRILLON.

M. Humbert a lu devant la Société l'observation d'un jeune homme dont le cas présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic différentiel des fractures spontanées. Voici l'observation :

C..., 19 ans, vitrier, entre à l'Hôtel-Dieu le 13 juin 1884, salle Saint-Landry.

Vers la fin du mois de mars 1883, ce garçon, habituellement bien portant, éprouva une lassitude inaccoutumée en même temps que des douleurs dans la cuisse droite, surtout pendant la marche, qui devint lente et pénible. Huit jours environ après l'apparition de ces premiers symptômes, il fut pris de frissons et de fièvre. Celle-ci fut vive et s'accompagna même de délire. Ces accidents aigus, après avoir duré trois semaines, disparurent, laissant le malade très affaibli.

Pendant ce temps, la partie inférieure et interne de la cuisse était devenue le siège d'un gonflement douloureux qui, peu à peu, s'étendit et augmenta de volume. Néanmoins le malade reprit un peu de forces, se leva et put même marcher sans soutien. Mais la tuméfaction s'accroissant, les douleurs devenant plus vives, il dut s'aider de béquilles, puis reprendre le lit dans les derniers jours du mois de mai.

Le 14 juin, le malade étant à l'Hôtel-Dieu, voici ce que l'on constate :

La cuisse droite est augmentée de volume dans toute sa moitié inférieure. La tumeur a la forme d'un ovoïde allongé, dont la grosse extrémité répond aux condyles du fémur. Elle entoure complètement l'os avec lequel elle fait corps, et sur le milieu duquel elle disparaît en s'effilant peu à peu. Assez régulièrement circulaire, plus saillante toutefois du côté interne, elle offre une surface libre sans bosselures no-

tables. La peau, saine en arrière et en dehors, présente en dedans une coloration d'un rouge violet pâle; en ce point, elle paraît tendue et amincie. Pas de dilatation des veines sous-cutanées. La consistance de la tumeur est ferme, sans apparence de coque osseuse, partout égale, sauf sur sa partie culminante, c'est-à-dire au niveau du condyle interne, où l'on sent un point ramolli, fluctuant, très limité. Enfin, en imprimant des mouvements au membre, on constate une mobilité anormale qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une fracture spontanée du fémur, dont le siège paraît être immédiatement au-dessus des condyles. Il n'y a pas de crépitation.

L'articulation du genou est saine, à part un très léger épanchement séreux. Les mouvements sont libres, le triceps est atrophié.

Les ganglions iliaques sont atrophiés, ceux de l'aine sont indemnes.

L'exploration de la tumeur est douloureuse, mais seulement lorsqu'on la déprime un peu fortement. Il n'y a presque pas de douleurs spontanées.

Le malade est pâle, faible, extrêmement amaigri. Appétit presque nul. En somme, mauvais état général.

On porte le diagnostic d'ostéo-sarcome du fémur avec fracture spontanée. L'affaiblissement général, la présence de l'engorgement ganglionnaire, font rejeter la pensée d'une intervention qui ne saurait être que la désarticulation coxo-fémorale.

Telle était la situation à la fin de juin et au commencement de juillet. A cette époque, le petit point fluctuant qui existait du côté interne de la tumeur s'ouvrit spontanément et donna issue à un liquide purement séreux. Cet écoulement diminua rapidement, mais le trajet resta fistuleux. Le mois suivant, des douleurs aiguës se manifestèrent à la partie postéro-externe de la cuisse; il y eut de la fièvre. La température monta jusqu'à 39°,8. Il se forma un abcès qui fut ouvert le 17 août. Une assez grande quantité de pus s'écoula. Cette poussée inflammatoire se dissipa vite, mais le trajet ne se ferma pas.

Cependant l'état général s'améliorait peu à peu. L'appétit avait reparu. L'embonpoint et les forces augmentaient de jour en jour. Vers la fin de septembre, on constate que la tumeur, dont le volume était sensiblement moins considérable, avait pris dans toute son étendue une consistance dure, osseuse, et que la fracture était complètement consolidée.

Cet état satisfaisant ne s'est pas démenti. Aujourd'hui, 22 *octobre*, la cuisse mesure encore 5 centimètres de circonférence de plus que celle du côté sain; mais, bien que l'on n'ait pas pratiqué la mensuration antérieurement, la diminution de volume est incontestable, le malade lui-même s'en est bien aperçu.

Il se lève depuis plus d'un mois; d'abord il dut s'aider de béquilles; actuellement la marche est libre, mais il y a de la claudication, causée par un raccourcissement de 4 centimètres.

L'engorgement des ganglions iliaques a diminué; quant aux trajets fistuleux, celui qui est en dedans est presque entièrement tari, bien que s'étendant encore assez profondément; l'externe donne toujours issue

à un peu de pus; mais ni l'un ni l'autre de ces trajets ne permet d'arriver au contact d'une surface osseuse.

Le 5 *novembre*, le malade part pour Vincennes.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue, et c'est ce qui a encouragé M. Humbert à la publier et à la faire suivre de quelques réflexions.

Il se demande, en effet si, en présence de cette consolidation inespérée et de cette diminution de la tumeur qui existait au niveau de la fracture, il n'y a pas eu une erreur de diagnostic.

Il est certain qu'à une certaine période, pendant l'existence de cette fracture siégeant au niveau d'une tumeur évidente, le diagnostic ne semblait pas douteux, et qu'on devait penser à un ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. La consolidation de cette fracture permit d'éloigner cette première idée et de penser qu'il s'agissait ici d'une ostéo-myélite à marche spéciale et ayant été la cause de la solution de continuité du fémur. Cette opinion est d'autant plus facile à soutenir que le début de l'affection a été remarquable par ses symptômes aigus, qui ont disparu au bout de peu de jours.

Enfin, les suppurations suivies de fistules qui se sont présentées dans ces derniers temps autour de la tuméfaction osseuse doivent également faire croire à un travail inflammatoire profond.

Cependant je me permettrai d'émettre quelques doutes sur cette dernière interprétation, qui, en réalité, n'est appuyée sur aucune constatation anatomique.

La question, en effet, se résume de la façon suivante :

Un ostéo-sarcome peut-il, à un moment donné, s'ossifier suffisamment pour consolider une fracture produite à l'endroit où il s'est développé?

Or, il est certain qu'on a vu, quoique rarement, ce phénomène se produire. M. Schwartz, dans sa *Thèse d'agrégation* de 1881 (Des ostéo-sarcomes des membres), après avoir examiné les observations publiées à ce sujet ainsi que les opinions des auteurs, n'hésite pas à déclarer que cette consolidation est possible. Il est vrai qu'il considère ce phénomène comme passager. Je cite textuellement ce qu'il a écrit.

« Il se fait, comme l'a observé Ranvier, une production normale de tissu cartilagineux aux dépens du néoplasme, absolument comme s'il s'agissait d'une fracture simple. La calcification peut lui donner une certaine solidité, mais il ne tarde pas à être envahi ou détruit. Quand ce sarcome est ossifiant, c'est-à-dire a de la tendance à produire des tissus ossiformes, le cal est quelquefois ossifiant, mais il en est rarement ainsi. »

M. Schwartz cite à ce propos une observation inédite de M. le professeur Gross (de Nancy) dans laquelle on voit plusieurs fractures par sarcome du corps du fémur se consolider momentanément.

J'ai publié moi-même dans les bulletins de la Société anatomique, en 1872, une observation d'une malade qui présenta très nettement uno consolidation dans un sarcome.

Cette femme, âgée de moins de 50 ans, avait été opérée par M. Alph. Guérin d'un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur quelques années auparavant. Elle rentra à l'Hôtel-Dieu dans son service, où j'étais alors interne, avec une fracture du tiers supérieur du tibia, due à une chute d'une faible hauteur. Il y avait, au niveau de la fracture, une tuméfaction non douteuse. La jambe fut placée dans un appareil, et la malade, après un certain temps, put se lever et marcher, quoique difficilement, avec sa jambe consolidée.

Il se produisit à ce moment une fracture véritablement spontanée des deux os de l'avant-bras. Bientôt on s'aperçut que tous les os de cette femme étaient ramollis, mous, flexibles, absolument comme dans l'ostéo-malacie. La mort survint par épuisement quelques mois après.

A l'*autopsie*, on constata une infiltration sarcomateuse de toute la moelle de tous les os, et, malgré cela, la consolidation de la fracture du tibia était facile à constater, mais le cal nouveau avait été envahi par le sarcome. Au niveau de la fracture des os de l'avant-bras, il ne s'était fait qu'une ébauche de consolidation.

J'ajouterai que cette observation très curieuse vient à l'appui des conclusions d'Eugène Nélaton dans sa thèse sur les tumeurs à myéloplaxes. Il montre, en effet, que ces tumeurs (sarcomes à grandes cellules) présentent, dans certains cas, une grande malignité et se généralisent facilement.

M. Terrier, dans son livre sur la *Pathologie générale chirurgicale*, dit que la consolidation peut avoir lieu, mais qu'elle est passagère.

J'ai voulu signaler ces faits de consolidation dans les fractures *sarcomateuses* pour montrer qu'il ne faut pas toujours se hâter de conclure à une erreur de diagnostic par le fait seul de la consolidation, que celle-ci peut être réelle, quoique passagère, et qu'il faut attendre un temps suffisant pour être certain qu'il ne se produise pas dans la tumeur elle-même quelque modification nouvelle ou qu'il n'y aura pas une généralisation.

L'espace de temps qui sépare le 15 *septembre*, époque où on a remarqué la consolidation, du 5 *novembre* semble être un peu court pour admettre une guérison définitive.

Je ferai remarquer, en terminant, que c'est une simple observation que je fais aux conclusions de M. Humbert, qui croit, dans ce cas, à une ostéo-myélite à marche spéciale. En effet, de nombreuses raisons militent en faveur de son opinion, qui sera probablement confirmée par l'avenir.

Ainsi, il sera intéressant pour nous de savoir ce que sera devenu ce malade dans quelques mois.

Conclusions.

Je propose donc : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son travail dans les archives (son observation ayant été suffisamment résumée dans ce rapport); 3° d'inscrire M. Humbert sur la liste des candidats pour une place de membre titulaire.

Discussion.

M. Verneuil. La consolidation d'une fracture spontanée due à un ostéo-sarcome est tellement rare, tellement paradoxale, qu'il serait intéressant de savoir ce que deviendra ce malade. Je crois que M. le rapporteur ferait œuvre utile en priant l'auteur de l'observation de vouloir bien faire tous ses efforts pour compléter son observation.

M. Humbert a émis une hypothèse pour expliquer la consolidation; je ne veux pas contredire à la possibilité de cette hypothèse, surtout n'ayant pas vu le malade; mais, hypothèse pour hypothèse, il m'est bien permis à mon tour d'en faire une autre. Pourquoi n'admettrait-on pas que la tumeur osseuse présentée par ce malade n'était autre chose qu'un kyste hydatique osseux? L'on sait que l'existence de kystes de cette nature est incontestable, et, dans ce cas particulier, cette opinion est d'autant plus rationnelle qu'une poche s'est ouverte et a donné lieu à l'écoulement d'un liquide.

M. Desprès. Je faisais partie du jury qui a examiné ce malade, et je dois dire que ma première impression, partagée d'ailleurs par M. Th. Anger, était que nous nous trouvions en présence d'une ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur; néanmoins, j'avoue qu'un examen plus complet m'a fait me ranger à l'opinion de mes autres collègues.

L'objection que je fis pendant un certain temps au diagnostic d'ostéo-sarcome tenait à ce que la maladie avait marché très rapidement.

Quant à la consolidation des fractures spontanées produite par des sarcomes, je la crois possible, l'ayant observée deux fois.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui eut une fracture du fémur consécutive à la présence d'un néoplasme. La fracture consolidée, la malade vécut encore une année, au bout de laquelle le cancer de son membre envahit le petit bassin et entraîna la mort.

Le second cas est relatif à un homme qui se fit une première fracture à la suite d'un traumatisme léger. Le membre était volumineux, et je diagnostiquai une fracture produite par un sarcome. Au bout de trente jours de gouttière, le malade pouvait lever son membre comme s'il n'avait pas eu de fracture, mais, un mois après, celle-ci se reproduisit à la suite d'un effort de peu d'importance. Cela n'empêcha pas une seconde consolidation de s'effectuer un mois après. Pendant tout ce temps, le cancer avait continué à progresser, aussi ne tarda-t-il pas à succomber.

M. Le Dentu. On comprend sans peine que les fractures spontanées dues à des néoplasmes n'aient pas grande tendance à se consolider. Cependant la chose est possible.

En 1877, j'observai à l'hôpital Saint-Antoine une jeune fille de 17 ans qui, en marchant, la veille, s'était fait une fracture spontanée du fémur, incontestable. Elle avait une tuméfaction très nette de la partie supérieure du membre, sans douleur et sans empâtement des tissus. Il ne pouvait y avoir de doute, cette fracture était due à la présence d'un néoplasme. Je songeai un instant à la désarticulation de la cuisse, mais j'y renonçai en raison du mauvais état général de la malade.

Un mois après, la cuisse était consolidée et la malade sortait de l'hôpital, conservant toujours sa tuméfaction néoplasique.

M. Trélat. Je me joins à M. Verneuil pour demander que l'observation soit complétée; les faits de ce genre, en effet, n'ont de valeur que lorsque la marche naturelle de la maladie ou l'autopsie sont venues confirmer le diagnostic porté.

Parmi les hypothèses permettant d'expliquer les fractures spontanées, il en est une qui a été omise, et qui est cependant bien importante, je veux parler de l'ataxie. Ces cas sont d'autant plus intéressants à connaître, que de pareilles fractures se produisent pendant la première période de l'ataxie, alors que le diagnostic de cette dernière n'est pas encore fait. Puisque, à propos du malade de M. Humbert, on en est obligé à recourir à des hypothèses diverses, celle que je fais est certainement aussi rationnelle que toute autre.

M. Gillette. J'ai observé, à l'hôpital Tenon, un malade de 60 ans, atteint de fracture spontanée, chez lequel la présence d'une tuméfaction caractéristique me fit porter immédiatement le diagnostic de sarcome. Cependant la consolidation put être obtenue au bout de six semaines. Quelque temps après, des tractions modérées ayant été exercées sur le membre, la fracture se reproduisit. Je remis alors un second appareil et j'obtins une seconde consolidation. Mais le néoplasme avait marché pendant le délai nécessaire à ces consolidations, et le malade mourait bientôt d'un cancer généralisé.

Je rappellerai, en ce qui concerne les fractures spontanées produites par l'ataxie locomotrice, que j'en ai cité une série de cas dans une revue clinique de l'*Union médicale*, en 1874.

M. Trélat fait observer qu'il a invoqué spécialement, comme cause de fracture spontanée, l'ataxie à sa période prodromique, alors que rien ne révèle l'existence confirmée de la maladie.

M. Terrier. Je rapporterai un cas de fracture spontanée qui survint dans des conditions analogues à celui signalé par M. Le Dentu. La solution de continuité portait sur le tiers supérieur du fémur. Mon malade avait 23 ans, et, comme à cet âge la diaphyse et l'épiphyse ne sont pas encore soudées, j'ai pensé qu'il s'agissait d'une ostéite qui avait évolué silencieusement, et non d'un ostéosarcome.

M. Després. J'ai observé, chez une femme, une fracture du radius qui ne pouvait s'expliquer par une cause traumatique suffisante; je fis marcher la malade, et je constatai immédiatement qu'elle était ataxique.

M. Horteloup. J'ai vu le malade de M. Humbert, et, comme les autres, j'ai admis un ostéo-sarcome. Il est incontestable, aujourd'hui, que nous nous sommes trompés, mais cette erreur s'explique, à mon avis, par les conditions dans lesquelles nous vîmes le malade. Il venait d'arriver, il était fatigué, répondait mal à mes questions, et nous ne pûmes avoir de renseignements suffisants sur ses antécédents morbides.

Je crois que si nous avions eu connaissance des accidents fébriles qui avaient marqué le début de la maladie, si nous avions été exactement renseignés sur son origine relativement récente, nous n'aurions pas commis d'erreur, et nous nous serions prononcés d'emblée pour le diagnostic d'ostéite, qui me paraît aujourd'hui incontestable. Les hésitations de M. Després ont été partagées par

chacun de nous, et si nous nous sommes prononcés dans le sens de l'erreur, cela a tenu à ce que les éléments dont je viens de parler nous ont fait défaut à tous.

Ceux-ci, en se développant, avaient aminci l'os à un tel point qu'il avait fini par être réduit à une coque d'une épaisseur insignifiante. En quelques points, même, il avait complètement disparu.

M. Duplay. Je désire citer un fait qui trouve sa place à côté de ceux de M. Verneuil relativement à l'influence des kystes hydatiques des os sur la production des fractures spontanées. Il s'agit d'une malade atteinte d'une solution de continuité du col du fémur, chez laquelle je diagnostiquai une fracture spontanée due à un ostéosarcome, et cela en raison de la forme de la tuméfaction de l'os. Cette fracture se consolida, mais elle se reproduisit à diverses reprises dans l'espace de deux à trois ans. L'état général de la malade n'étant pas trop mauvais, je finis par désarticuler la cuisse, et je constatai que son fémur avait été envahi dans la totalité par des kystes hydatiques.

M. Trélat. L'âge doit être pris en sérieuse considération.

Le malade a-t-il moins de dix-sept ans, il y a bien peu de chance pour que ce soit un ostéo-sarcome, tandis que l'ostéite est très probable. C'est l'inverse qui a lieu au-dessus de la vingtième année.

Le vote des conclusions du rapport de M. Terrillon est ajourné jusqu'au moment où il lui sera possible de compléter son rapport, après avoir recueilli des renseignements plus précis sur la malade.

Lecture.

M. Segond lit une note relative à une *Observation de rétention des règles par suite d'une imperforation congénitale de l'hymen.*

Commission composée de MM. de Saint-Germain, Marchand et Berger, rapporteur.

Présentation de pièce pathologique.

M. Polaillon présente, au nom de M. A. Robin, une pièce patholo-

gique représentant une *corne* développée sur la peau du dos chez une femme.

Cette corne a été enlevée à l'autopsie de la femme G..., âgée de 75 ans, qui a succombé, le 27 janvier dernier, à l'hospice des Ménages, dans le service de M. Albert Robin.

Cette corne était située à la région lombaire, immédiatement au-dessus de la fesse du côté gauche; elle paraît être congénitale, car la malade se souvient que ses parents en parlaient comme d'une « envie » qu'ils auraient constaté dès sa naissance. Jamais celle-ci n'a été douloureuse. Son grand diamètre est de 4 centimètres; son petit diamètre de 3 cent. 1/2; elle faisait à la surface de la peau une saillie de 3 cent. 8.

Sa surface est gris noirâtre, rayonnée, et a la consistance de la corne. Elle est mobile sur les parties sous-jacentes, et la peau forme autour d'elle une sorte de bourrelet en forme d'anneau, que l'on peut décoller sur une hauteur de 2 millimètres environ.

Cette malade a toujours joui d'une santé parfaite, a été prise deux mois avant son entrée à l'hôpital de malaise et d'anorexie. Elle a considérablement maigri depuis trois semaines et vomit tous ses aliments.

Lors de son entrée, on porte le diagnostic « carcinome péritonéal », en se fondant sur une ascite douloureuse à développement rapide, coïncidant avec un état cachectique très prononcé.

L'*autopsie* a révélé une carcinome miliaire du péritoine avec quelques granulations de même nature dans le foie.

Les antécédents sont muets. Le père de la malade est mort subitement à 69 ans; sa mère a succombé à 70 ans, très probablement à la suite d'une hémorragie cérébrale. Tous deux n'avaient jamais été malades.

Elle-même a eu trois enfants qui vivent encore en parfaite santé.

Discussion.

M. Desprès. Cette pièce vient à l'appui de ce que nos collègues ont déjà admis, c'est-à-dire la production d'une corne se développant soit sur un kyste, soit sur un cancroïde. Quand on en a fait la section, on trouve une plaque d'épithélioma dessous.

M. Verneuil. Il n'est pas du tout indispensable d'admettre ici le cancer et la pluralité des néoplasmes.

M. Trélat s'inscrit en faux contre ce qu'a dit M. Desprès. Selon

Virchow, cette corne constitue elle-même une forme de tumeur épithéliale ; le cancroïde serait donc dessus et non pas dessous. C'est là une tumeur bénigne, dite *épithélioma corné.*

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 25 février 1885.

Présidence de M. S. Duplay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le 12e fascicule des *Bulletins et mémoires de la Société* pour l'année 1884 ;

3° Le 2e fascicule du tome 6e de la 2e édition des *Éléments de pathologie chirurgicale* de Nélaton, publié par MM. Després, Gillette et Horteloup ;

4° Une lettre de remerciements de M. le Dr Charvot pour l'encouragement qui lui a été décerné pour le prix Laborie ;

5° Une lettre de M. le Dr Védrènes, membre correspondant, accompagnant un mémoire de M. le Dr Belime, médecin chef de l'hôpital de Bougie, *Sur un cas de trépanation pour fracture du crâne, avec hémiplégie et aphasie* (commissaires : MM. Trélat, Nicaise et Lucas-Championnière, rapporteur) ;

6° M. le Dr Nicaise dépose, de la part de M. le Dr Sklyfsowski, membre correspondant étranger, diverses brochures en langue russe (*Anévrisme artério-veineux de la carotide interne; ligature de la carotide commune. — Traitement opératoire de l'ankylose de la mâchoire inférieure. — Luxation de l'astragale; résection, etc.*) ;

7° **M. Le Dentu dépose, de la part de M. le Dr Brucq, professeur**

à l'école de médecine d'Alger, plusieurs brochures de chirurgie (*Méthode antiseptique et pansement de Lister. — Étude sur les spéculums, etc.*) ;

8° M. le Dr Bouilly dépose une observation de M. le Dr Grynfelt (de Montpellier) : *Injections intra-urétrales de chlorhydrate de cocaïne pour faciliter le cathétérisme* (rapporteur, M. Bouilly).

M. le secrétaire général donne lecture d'une observation sur un *kyste hématique de la fesse*, adressée par M. Follet (de Lille), membre correspondant.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai traité, il y a deux ans, une dame d'environ 50 ans pour un énorme kyste hématique de la fesse d'origine traumatique. Il remontait à une dizaine d'années et avait succédé à une chute de voiture ; à la suite d'une deuxième chute, il avait beaucoup augmenté de volume. Il s'était développé dans la bourse séreuse du grand trochanter et avait poussé des prolongements de tous les côtés.

J'essayai d'abord de disséquer la poche, mais je dus y renoncer à cause de l'hémorragie qui survint. Je me contentai alors d'ouvrir largement la poche avec le thermo-cautère et l'écraseur, puis je grattai la face interne et la cautérisai ensuite. Après quoi je fis un simple pansement à plat. La guérison se fit bien, mais demanda environ deux mois et demi.

Je ne pense pas que dans ces cas il soit nécessaire d'extirper la poche.

A propos du procès-verbal.

M. le Dr Terrillon donne lecture de la note suivante, relative au malade de M. Humbert, atteint d'*ostéo-myélite* du fémur sur lequel il a fait un rapport dans la dernière séance.

« Des renseignements précis ont été fournis sur ce malade par M. le Dr Picqué, chef de clinique, le 15 février dernier. Ils viennent confirmer l'opinion émise par M. Humbert sur l'erreur de diagnostic probable. Après sa sortie de l'hôpital de convalescence de Vincennes, il est rentré à l'Hôtel-Dieu, où l'on a constaté les particularités suivantes :

« La marche ne présente aucune attitude vicieuse ; malgré le léger raccourcissement déjà signalé plus haut, il ne boite pas d'une façon appréciable, à cause de l'inclinaison du bassin. On trouve la fracture absolument consolidée, mais la tuméfaction de l'os, à ce niveau, ne semble pas avoir diminué sensiblement. Il y a tou-

jours un gonflement fusiforme entourant le fémur et présentant une dureté osseuse.

« Du côté interne, existe une petite fistule déjà signalée et donnant une très faible quantité de pus.

« Par ce trajet, un stylet fin permet de rencontrer à cinq ou six centimètres de profondeur une portion d'os dénudé et dur.

« On ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire inguinal ou iliaque. L'état général est très bon et le malade est gras et vigoureux.

« En présence de ces constatations, il ne semble pas douteux qu'il s'agisse ici d'une ostéo-myélite accompagnée de fracture spontanée actuellement consolidée. »

Rapport.

M. Nicaise fait un rapport à propos d'une présentation de pièce pathologique par M. Robert.

Note sur le résultat d'une amputation sous-périostée,
par M. Robert, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie le fémur d'un homme de 27 ans qui a succombé à la pyohémie, trente-six jours après l'amputation de la cuisse à lambeau antérieur.

Une manchette périostique de trois centimètres avait été conservée, l'os avait été scié au point même où s'arrêtait la dissection du périoste ; les ligatures faites, la manchette périostique avait été soigneusement rabattue sur la surface de section du fémur, puis le lambeau rapproché et exactement suturé, sauf aux angles, pour laisser passage aux drains.

La méthode antiseptique avait été rigoureusement observée, mais le malade, atteint d'une tumeur blanche suppurée du genou gauche, avait été opéré en pleine septicémie, de sorte que l'on trouva à l'*autopsie* comme lésions consécutives des collections purulentes dans l'articulation scapulo-humérale droite et dans la plèvre gauche, et comme lésion originelle une phlébite suppurée de la veine fémorale.

La plaie de l'amputation était complètement cicatrisée.

Sur le fémur amputé on constate :

1° Que la cavité médullaire est oblitérée par un bouchon osseux entièrement indépendant du périoste ;

2° Que la manchette périostique s'est retirée à un centimètre au-dessus de l'extrémité du fémur sectionné et forme une virole

osseuse, épaisse, disposée comme une collerette au pourtour de l'os ;

3° Que le lambeau s'est réuni à l'extrémité du fémur et que les fibres musculaires profondes sont très adhérentes à la manchette périostique qu'elles paraissent avoir entraînée dans leur rétraction.

Cette pièce montre donc que l'oblitération de la cavité médullaire s'est effectuée rapidement sans le secours du périoste : en outre elle justifie les réserves de M. Ollier sur les avantages des amputations sous-périostées ; car, si le malade avait survécu, la production osseuse périphérique aurait probablement donné un volume exagéré à l'hyperostose terminale du fémur.

Conclusion. — Le principal avantage de la manchette périostique est de permettre à l'opérateur de scier l'os sur un point plus élevé, lorsque, après avoir coupé toutes les parties molles, il constate que la longueur de la manchette, l'étendue du lambeau ou la profondeur du cône musculaire est insuffisante.

L'observation du malade de M. Robert, dit M. Nicaise, et l'examen anatomique de la pièce sont trop incomplets pour permettre de discuter tous les points qu'aborde notre confrère.

Je ferai remarquer seulement que les ostéophytes sont, non pas la règle dans les amputations sous-périostées, mais qu'elles constituent une complication qui est due soit à une périostite simple ou avec ostéo-myélite, soit à la cicatrisation par suppuration. La réunion dans ces conditions constitue l'exception.

Quand il n'y a pas d'inflammation, quand il y a réunion par première intention, ce qui est la règle, on ne voit pas se produire d'ostéophyte, chez l'adulte, du moins. Elles n'existaient pas, en effet, sur une pièce que j'ai eu l'honneur de vous présenter en 1882. (V. *Bull. soc. chir.*, t. VIII, p. 139.— *Revue de chirurgie,* 1884, p. 945.)

Chez le malade de M. Robert, les ostéophytes prouvent qu'il y a eu inflammation du périoste.

Quant à la rétraction du périoste, on doit la combattre en immobilisant le moignon et les muscles aussi complètement que possible ; pour y arriver, je me sers d'une petite attelle concave en carton ou en bois de placage, qui est appliquée sous le moignon, dans l'épaisseur du pansement de Lister, et qui est maintenue par quelques circulaires. Le moignon est ainsi bien soutenu et comprimé.

Il est utile aussi de suturer ensemble les bords de la manchette périostique ; deux points de suture suffisent. J'ai adopté cette pratique depuis quelques mois et je n'ai qu'à m'en louer.

Dans ces conditions, les amputations sous-périostées donneront ce qu'on est en droit d'en attendre, si toutefois on suit rigoureusement les règles de la méthode antiseptique.

La pièce de M. Robert montre que la conservation du périoste dans les amputations peut être la cause d'ostéophytes, si quelque inflammation est survenue ; mais elle ne prouve rien contre les amputations sous-périostées en général, car l'ostéophyte est une complication que l'on pourra éviter dans la plupart des cas.

M. Nicaise propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° D'insérer sa note dans nos *Bulletins*.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. le Dr Perier donne lecture du travail suivant :

Hernie étranglée abandonnée à elle-même, terminée par la formation d'un anus contre nature temporaire, puis d'une fistule stercorale permanente.

Messieurs, dans l'avant-dernière séance de décembre, j'ai eu l'honneur de vous présenter un malade auquel j'avais pratiqué une suture latérale de l'intestin pour fermer une *fistule stercorale*, et vous avez pu constater que le résultat obtenu était aussi satisfaisant que possible.

Voici l'observation de ce malade :

Le nommé L... (Alfred), âgé de 24 ans, domestique aux environs de Compiègne, avait depuis l'âge de trois ans une hernie inguinale gauche pour laquelle il porta un bandage jusqu'à l'âge de quatorze ans; depuis lors la hernie ne fut plus maintenue, et cependant ne descendit jamais dans les bourses. Elle formait seulement dans l'aine gauche une tumeur d'assez petit volume, mais ne se réduisant jamais complètement. Elle n'apportait ni trouble dans les fonctions digestives, ni gêne pendant les travaux plus ou moins rudes auxquels cet homme se livrait.

Le 18 *juin* 1883, à la suite d'une indigestion, il sentit un craquement dans sa hernie, qui augmenta subitement de volume en devenant douloureuse et irréductible ; puis, se déroulèrent tous les phénomènes caractéristiques de l'étranglement herniaire. Les accidents paraissent avoir été combattus par des purgatifs, qui n'eurent d'autre effet que d'augmenter les vomissements. — Au dire du malade, pendant deux mois il n'eut aucune évacuation même gazeuse par l'anus ; il se soutint uniquement avec du bouillon, dont

il rejetait la plus grande partie, et les matières vomies ainsi que les renvois gazeux avaient une odeur repoussante.

Pendant ce temps, la grosseur de l'aine s'étalait, devenait plus rouge et plus douloureuse ; enfin, au bout de deux mois, la peau se perfora en plusieurs endroits qui livrèrent passage aux matières intestinales ; bientôt un sphacèle étendu détruisit une vaste surface de la paroi abdominale, à gauche et à droite, et même de la région inguino-crurale droite, côté opposé à celui de la hernie.

Trois mois après l'ouverture au dehors, c'est-à-dire cinq mois après le début des accidents, quelques matières sortirent par l'anus; puis peu à peu les fonctions se rétablirent de ce côté, et un mois plus tard (fin du sixième mois) il ne restait plus qu'une fistule stercorale entourée d'un tissu de cicatrice. Depuis lors il n'y eut plus aucune modification, et l'état du malade fut dès ce moment identique à celui dans lequel nous le vîmes lorsqu'il entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 15 mai 1884.

A cette date, la fistule occupant la partie la plus interne de l'aine gauche, à la racine même du scrotum, avait l'aspect d'un bourrelet muqueux de la grosseur d'une noix, rouge et sillonné comme des hémorroïdes en procidence. L'issue qu'elle donnait aux matières fécales était proportionnelle à leur consistance, il en passait à peine lorsqu'elles étaient dures; mais s'il survenait de la diarrhée, tout ou presque tout sortait par la fistule.

Aucun gaz ne sortait par l'anus, et si j'ajoute que l'état général de notre homme était parfait, on affirmera sans crainte d'erreur que la fistule siégeait sur le gros intestin. En effet, l'eau d'un lavement arrivait de suite à l'intérieur. Avec un léger effort je pouvais introduire le petit doigt par l'orifice fistuleux, j'arrivais dans une sorte d'ampoule sous-cutanée où je ne reconnaissais qu'un seul orifice répondant à l'anneau inguinal. Pénétrant par cet anneau je ne discernais plus que le contact du bout du doigt avec une surface muqueuse qui fuyait sous la pression, quel qu'en fut le sens.

Ma conclusion fut que l'S iliaque émettait à travers l'anneau inguinal un prolongement dilaté en ampoule au-dessous du tégument, et que la fistule siégeait sur le sommet de cette ampoule. Le pronostic me parut tellement favorable que je commençai par pratiquer une opération des plus simples. Au moyen d'une incision circulaire du tégument, à 2 ou 3 millimètres de l'orifice, je libérai les bords de la fistule, et les renversant en dedans je les maintins au moyen de quelques points de suture au catgut, par-dessus lesquels je fermai la plaie cutanée avec des crins de Florence. L'opération fut pratiquée le 21 mai; dès le 24, les matières intestinales souillaient la plaie, le but était manqué, il fallait procéder autrement.

Le 25 *novembre* suivant, la fistule offrant exactement les mêmes caractères, je fais une longue incision parallèle au pli de l'aine et dédoublée au niveau de l'orifice fistuleux pour en faire le tour. Je dissèque largement la peau au-dessus de l'incision, où je mets à nu l'aponévrose du grand oblique, puis, au-dessous vers le scrotum jusqu'au cordon spermatique.

Ceci fait, il me devient très facile de mobiliser l'intestin sans avoir à ouvrir la cavité péritonéale. Je procède alors à la suture de l'orifice. Je dirai de suite que les fils de soie phéniquée très fins que j'ai employés ont été conduits dans l'épaisseur des parois intestinales sans traverser la muqueuse. J'ai d'abord posé cinq points de suture, chacun d'eux formant une petite suture en bourse, et résultant de la réunion par un seul fil de deux points de suture de Lembert.

Supposons une suture de Lembert dont les deux chefs reportés à une petite distanco de leur point d'émergence pénètrent en sens inverse dans l'épaisseur des parois pour ressortir en face l'un de l'autre près du bord de la fente intestinale ; en serrant le fil et nouant ses deux chefs on fronce les parties qu'il comprend et on assure un contact plus étendu et surtout plus serré qu'avec deux points séparés de suture de Lembert.

Lorsque les cinq points de suture furent serrés, la fistule se trouva fermée avec renversement des lèvres dans la cavité intestiuale, de telle sorte que la distension de l'intestin ne pouvait plus avoir pour effet que d'augmenter l'adossement et de rendre l'occlusion de l'orifice de plus en plus étanche. Les fils ne pénétrant pas dans la cavité ne pouvaient drainer les gaz ou les liquides, et les infiltrer dans les tissus. Par surcroit de précaution je fis un deuxième rang de quatre points de suture semblable, par-dessus le premier, en y comprenant cette fois un peu des tissus fibreux dissociés qui représentaient l'anneau du grand oblique.

Enfin je réunis la plaie cutanée par huit points de suture entrecoupée en crin de Florence.

Les précautions antiseptiques les plus minutieuses furent prises pendant et après l'opération, au cours de laquelle il n'y eut qu'un seul incident, le passage d'une petite quantité de matières fécales solides pendant un effort de vomissement sous l'influence du chloroforme.

Le liquide employé pour les lavages fut la liqueur de Van Swiéten; comme pansement une plaque protective, une couche de coton absorbant imbibé de liqueur de Van Swiéten, une large plaque de coton salicylé, une feuille de Machintosh, puis le tout fut emprisonné, y compris le bassin et la cuisse, dans une couche

épaisse de coton ordinaire, maintenu par une bande de tarlatane en Spica.

Le jour même le malade rend des vents par l'anus, ce qui ne lui était pas arrivé depuis dix-sept mois.

Le pansement est renouvelé le surlendemain 27 novembre, il s'est écoulé un peu de sérosité, je supprime le Machintosh.

Deuxième pansement le 29 novembre, il n'y a ni inflammation ni douleur.

Le 2 décembre, le malade n'ayant pas encore été à la selle, bien qu'il n'ait pris aucun opiacé, on lui donne une cuillerée à café d'huile de ricin. Le soir il a une évacuation par l'anus sans rien éprouver du côté de la plaie.

Le 3 décembre, j'enlève les sutures de la peau, la réunion est complète sans qu'il y ait eu une goutte de pus.

Le 8 décembre, suppression de tout pansement, la guérison est complète sans que la température ait jamais dépassé 37°,8 dixièmes. Les garde-robes deviennent régulières et l'on n'a plus besoin de recourir à l'huile de ricin. Le malade accuse par moments une sensation de plénitude au niveau du pli de l'aine, et nous nous apercevons bientôt qu'il se forme au-dessous de la cicatrice et en haut des bourses une hernie intestinale facilement réductible ; je prescris un bandage spécial qui maintient bien la hernie, et permet au malade de quitter l'hôpital à la fin de décembre, sans qu'il se ressente autrement de son infirmité.

Il m'a semblé que cette observation devait vous intéresser, ne serait-ce que comme un exemple de hernie étranglée abandonnée à elle-même et n'ayant pas entraîné la mort. Ces exemples ne sont pas absolument rares, mais je n'en connais pas où l'on eût signalé un si long espace de temps entre l'apparition des accidents et l'ouverture de l'intestin à l'extérieur ; peut-être cela tient-il à ce que, chez notre malade, l'étranglement siégeait sur le gros intestin, dans un point éloigné du cœcum.

Enfin, la disposition en ampoule de la portion d'intestin ouverte à la peau a singulièrement facilité l'opération en me permettant de suturer largement l'intestin sans avoir à craindre de le rétrécir.

Comme complément à cette observation, j'ajouterai que, du côté gauche, c'est-à-dire du côté malade, on ne trouve dans le scrotum qu'un noyau à peine distinct du cordon, pour représenter le testicule. L'organe s'est-il atrophié à l'occasion de l'étranglement herniaire ? ou bien le testicule avait-il subi, à l'origine, un arrêt dans son développement et dans sa migration? Cette dernière hypothèse est très plausible et expliquerait assez bien comment la her-

nie, non contenue par un bandage depuis l'âge de 14 ans, était cependant restée à l'état de bubonocèle. Cependant, comme l'anse intestinale herniée dépendait de l'S iliaque, on peut comprendre aussi que la brièveté relative du mésocôlon ait empêché la hernie de descendre jusqu'au fond des bourses.

Mais ce sont là des questions d'un intérêt secondaire, les renseignements fournis par le malade ne sont pas assez clairs pour permettre de les résoudre, et je ne pourrais m'y appesantir sans vous faire perdre un temps plus précieux.

Lecture.

M. le Dr Bouilly donne lecture du travail suivant :

Fistule stercoro-purulente. Suture intestinale; insuccès de la suture. Mort rapide.

X..., jeune fille âgée de 20 ans, est depuis longtemps dans la salle du professeur Trélat, que j'ai l'honneur de suppléer à la Charité. Elle est atteinte, depuis de longues années, d'une fistule stercorale qui l'a amenée bien des fois à l'hôpital.

Son histoire a été déjà tracée en partie dans une clinique du professeur Trélat, rapportée dans la thèse du Dr Nicolas (*Sur deux variétés de fistules ombilicales,* Thèse de Paris, 1883).

Le début des accidents remonte à l'âge de 3 ans ; à cette époque, l'enfant eut un abcès à l'ombilic, entra dans le service de M. Marjolin, à Sainte-Eugénie, et dut porter un bandage ombilical.

A l'âge de 14 ans, elle cesse de porter le bandage, et, bientôt après, un nouvel abcès apparaît à l'ombilic, et, à la suite de cet abcès, une fistule s'établit. L'orifice de cette fistule donne issue à du pus, à du sang, à des matières d'aspect jaunâtre.

En 1882, l'enfant entra à l'hôpital Necker, où l'on constata : 1° une hernie ombilicale grosse comme une noisette, parfaitement réductible ; 2° au-dessous et à droite de l'ombilic, un orifice fistuleux, petit, surmonté d'une saillie rougeâtre. Le stylet introduit dans cet orifice conduisait dans un trajet profond de 5 à 6 centimètres, suivant la direction d'une ligne qui se dirigerait de l'ombilic vers l'épine iliaque antérieure. Dans toute l'étendue de la région sous-ombilicale, à droite, on sentait un empâtement, une induration profonde, sur laquelle glissait la peau.

Au commencement de 1883, après avoir constaté à plusieurs reprises que la fistule laissait écouler des matières fécales, M. Trélat

fit une opération dans le but de détruire la cavité diverticulaire du trajet et de rechercher, si possible, l'orifice intestinal dans ce trajet. A la suite de cette opération, l'écoulement qui s'opérait par la fistule de l'ombilic diminue d'une manière très notable, sans se tarir complètement, mais il se reproduisit par un orifice résultant de l'opération et situé au point déclive du trajet fistuleux primitif.

Quand je retrouve cette malade à l'hôpital de la Charité, en août 1884, les choses sont dans le même état : la fistule ombilicale, très petite, ne laisse presque rien écouler ; la fistule inférieure, située un peu au-dessus de la partie moyenne de la fosse iliaque, sur le trajet d'une ligne se dirigeant de l'ombilic vers le milieu environ de l'arcade crurale, fournit abondamment des matières intestinales liquides et des gaz. L'orifice cutané, assez considérable, laisse pénétrer un drain du calibre n° 20 ou 22 de la filière Charrière. Le trajet qui fait suite à cet orifice présente une étendue de 10 à 12 centimètres; le stylet ou la sonde cannelée qui l'explorent pénètrent peut-être même jusque dans l'intestin.

L'écoulement des matières intestinales est incessant et souille en abondance les pièces du pansement, qui doit être renouvelé deux fois par jour.

La peau voisine est le siège d'un érythème intense.

L'anus, malgré l'écoulement fistuleux, donne passage à une proportion notable de matières fécales, rendues régulièrement tous les deux jours.

En résumé, il s'agit d'une fistule siégeant sur l'intestin grêle et aboutissant à la paroi abdominale antérieure ; ou, mieux, il s'agit d'une fistule *stercoro-purulente*. En effet, la fistule ne s'ouvre pas directement de l'intestin à l'extérieur; il existe, entre les orifices intestinal et cutané, une cavité intermédiaire, réduite, il est vrai, à un simple trajet, mais dont la présence suffit à caractériser la fistule stercoro-purulente.

La malade est maintenant une grande fille de 20 ans, pâle, anémique, profondément attristée de cette infirmité répugnante, qui ne fait qu'augmenter et dont elle prévoit les inconvénients d'une manière beaucoup plus pénible que lorsqu'elle était enfant. Bien des fois elle me prie de tenter quelque chose pour sa guérison, et elle n'est rentrée dans le service que décidée à y subir une opération.

La malade est boriquée fréquemment; la région des fistules est largement enduite de vaseline et bien nettoyée.

Quatre jours avant l'intervention, la malade est purgée deux jours de suite et prend chaque jour deux lavements. Dans les der-

nières vingt-quatre heures, elle est soumise à un véritable jeûne, ne recevant que de l'eau et un peu de bouillon.

Mon plan opératoire consiste à fendre largement le trajet intermédiaire aux deux fistules, à mettre à nu l'orifice intestinal, et, après l'avoir découvert, à me comporter suivant les circonstances, soit en faisant la suture latérale de l'intestin, soit en laissant les parties se combler par granulations après avivement de tout le trajet.

J'étais décidé, en tout cas, à ne pas faire la résection et la suture des deux bouts de l'intestin, jugeant cette intervention trop périlleuse pour une infirmité qui, en réalité, ne compromettait ni de suite ni dans l'avenir l'existence de cette jeune fille.

13 *octobre* 1884. — *Opération.* — *Anesthésie.* — Incision au bistouri de tout le trajet sur une sonde cannelée, depuis la fistule ombilicale jusqu'à l'orifice siégeant vers la paroi iliaque. Tous les plans de la paroi abdominale sont successivement incisés; quelques artérioles sans importance sont coupées et saisies avec des pinces. Dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, très épaissi, lardacé, on trouve un trajet tapissé par une membrane veloutée d'apparence muqueuse.

On arrive facilement sur une perforation intestinale à travers laquelle la muqueuse fait hernie. Cette perforation a un diamètre qui admet la pulpe de l'index avec la plus grande facilité; l'index tout entier peut être introduit dans la cavité intestinale, dans les deux sens, de haut en bas.

Au-dessus de cette première perte de substance, et séparée d'elle par un petit bout de paroi intestinale d'environ 7 à 8 millimètres de largeur, existe une deuxième perforation aussi grande que la première. De sorte qu'il y a deux grandes pertes de substance d'un centimètre et demi environ chacune de diamètre, situées très près l'une de l'autre et séparées par un petit bout de paroi intestinale saine.

Les bords de ces perforations adhèrent de tous côtés au péritoine pariétal épaissi.

La largeur considérable et l'ancienneté de ces pertes de substance ne permettent pas d'espérer que le bourgeonnement des parties puisse en amener l'occlusion. Je me décide donc, séance tenante, à en faire la suture.

Les adhérences de l'intestin à la paroi sont disséquées avec précaution, de manière à mobiliser les bords de l'ulcération. La muqueuse intestinale est réduite et avivée aux points où elle adhère à l'orifice.

Six points de suture à la soie phéniquée fine, appliqués d'après le procédé de Lembert, réunissent les bords de la perforation infé-

rieure dans un sens perpendiculaire à la perforation de l'intestin. Ils sont passés, d'une part, sur le pont de tissu situé entre les perforations; d'autre part, sur la lèvre inférieure de l'orifice.

Six autres points de suture ferment l'orifice supérieur. Ceux-ci sont passés de manière à affronter les bords de l'orifice dans le sens de la longueur de l'intestin.

Les lèvres des perforations sont assez difficiles à amener au contact à cause de l'épaississement et de la rigidité des tissus. En plusieurs points, les tissus se coupent sous la traction des fils et ceux-ci doivent être replacés.

Quelques points de suture supplémentaires, plus superficiels, complètent l'occlusion, qui paraît bien obtenue.

Une quantité de matières intestinales insignifiante et nullement gênante s'est échappée durant la manœuvre et a été essuyée de suite.

La plaie des parties molles est laissée largement béante pour prévenir les accidents d'infiltration stercorale et pour obtenir l'accolement des parois après bourgeonnement.

Tout le trajet ancien est gratté à la cuiller tranchante.

Lavages soignés et répétés pendant toute l'opération; celle-ci a duré une heure et demie.

La plaie est bourrée de gaze iodoformée et comprimée avec des éponges.

Pansement avec gaze de Lister; compression ouatée sur l'abdomen. 6 centigrammes d'extrait thébaïque pour la journée. Diète liquide.

La malade fait, dans les derniers moments de l'opération, de violents efforts de vomissements pendant lesquels la région de la suture est tiraillée. On s'oppose à la disjonction des sutures par la compression directe avec une grosse éponge.

Pendant les deux jours qui suivirent l'opération, l'opérée présenta des vomissements post-chloroformiques d'une fréquence et d'une intensité extrêmes, rebelles à l'opium, à la glace, aux injections de morphine. Ces vomissements m'inspiraient de violentes craintes pour la suture.

Le premier pansement fut fait le lendemain de l'opération.

La suture avait dû se rompre sur une grande étendue, car toute la région était imbibée de matières fécales en abondance.

J'appris en même temps que, dans la journée de l'opération, la malade, très altérée, avait, malgré ma défense, absorbé deux grands pots de tisane.

L'état général de l'opérée était tout à fait singulier : cette jeune fille, ordinairement réveillée, loquace, était plongée dans un état de somnolence et d'hébétude profond d'où l'on ne pouvait la tirer.

Il était impossible de lui arracher une réponse. Je mis cet état sur le compte de l'opium, que je fis cesser.

Mais, phénomène plus grand, la température était à 39°.

Le ventre était souple, sans ballonnement, nullement douloureux en aucun point ; les urines étaient facilement émises dans le lit, sans que le malade en eut conscience.

Les vomissements n'avaient jamais eu le caractère de vomissements d'origine péritonéale.

Il n'y avait pas réellement de phénomènes de péritonite.

Le 16 octobre, même état. Somnolence, hébétude, incohérence des idées.

T. m. 38°,2 ; t. s. 39°,1. L'écoulement des matières intestinales se fait abondamment par la fistule ; le pansement est renouvelé deux fois par jour et fait avec des compresses humides trempées dans la solution phéniquée faible.

Le même état persiste sans changement le 17 ; la température s'élève dans la journée à 39°,8 ; la malade vomit une fois et se plaint beaucoup ; sans avoir retrouvé sa connaissance, elle succombe le même jour à cinq heures du soir.

Je ne pouvais me défendre, en présence de ce dénouement pénible et de ces accidents suraigus, de l'idée d'une péritonite généralisée par pénétration de matières intestinales dans l'abdomen, ayant eu lieu dès le lendemain de l'opération par les efforts de vomissements.

L'*autopsie* est empêchée et nous ne pouvons examiner que la région opératoire. La plaie est agrandie en haut et en bas. Il n'y a pas trace de péritonite ni d'effusion de matières intestinales dans l'abdomen. Du reste, ces deux complications sont rendues impossibles par les adhérences très anciennes qui existent à ce niveau et agglutinent les anses intestinales ensemble, de manière à en faire un paquet solide. On ne pénètre pas dans la cavité de la séreuse péritonéale.

Ce ne sont pas des accidents péritonéaux qui ont entraîné la mort et celle-ci ne peut être expliquée que par des hypothèses que l'*autopsie* incomplète ne saurait justifier.

Les deux perforations sont telles qu'elles ont été vues pendant l'opération ; elles sont larges environ chacune de 1 centimètre 1/2 et séparées par un bout de tissu sain.

Les adhérences très anciennes et très solides qui unissaient l'anse perforée aux anses voisines auraient donc rendu très difficile la libération de cette anse intestinale, si on avait voulu faire la résection de la portion sur laquelle se trouvaient les perforations et ensuite la suture des deux bouts. Il aurait fallu une dissection longue et minutieuse qui aurait été extrêmement difficile.

Discussion.

M. Berger. Il est bien difficile d'émettre une opinion sur les causes de l'insuccès de l'opération pratiquée par M. Bouilly. Le cas est évidemment complexe, et sans vouloir critiquer en rien la conduite tenue par notre collègue, je dois faire remarquer qu'une suture portant sur un intestin adhérent a peu de chances de réussir, si on ne fait, en même temps, la suture des parties superficielles. Cette deuxième suture est nécessaire pour soutenir la suture profonde.

Les méthodes ouratives habituellement employées dans le traitement de l'anus contre nature ne s'appliquent pas aux fistules stercoro-purulentes. Dans tous les cas, l'observation du malade de M. Bouilly n'est pas de nature à encourager les chirurgiens à entreprendre la cure de ces fistules.

M. Verneuil. Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Berger. Je crois que l'on peut traiter ces fistules. Dans ce cas, j'aurais ouvert largement la poche purulente et je l'aurais cautérisée avec le thermo-cautère, pour déterminer la granulation des parois, sans toucher tout d'abord à l'intestin. De cette façon, un travail de rétraction des parois de la poche aurait pu s'opérer et, ultérieurement, il eût été possible, au fond du talus cicatriciel, d'aviver les bords de la fistule et de les réunir, sans presque toucher à l'intestin. En d'autres termes, il faudrait, dans les cas semblables, opérer en deux temps.

Il est regrettable que l'*autopsie* n'ait pu être faite. Mais on peut soutenir avec vraisemblance que la mort est due à des accidents urémiques. La jeune fille dont il s'agit n'avait, il est vrai, que 20 ans, mais on sait que les péritonites généralisées ont une influence manifeste sur les viscères abdominaux, qu'elles altèrent profondément, et les reins avaient peut-être été atteints de cette manière chez la malade en question. Je rappellerai que j'ai vu mourir, dans des circonstances analogues, une malade chez laquelle les accidents urémiques se montrèrent le lendemain de l'opération. La mort survint vingt jours plus tard.

M. Berger. Je crois que, chez sa malade, M. Bouilly ne pouvait songer à faire la suture de l'orifice superficiel, étant donnée la disposition de la fistule, mais en s'adressant d'abord au trajet comme le veut M. Verneuil, on aurait des chances de réussir.

M. Le Dentu fait remarquer que la malade a eu des accidents analogues à ceux que l'on voit se développer chez les malades qui

ont subi une opération sur les voies urinaires, et, comme M. Verneuil, il est disposé à croire que ces accidents sont des accidents rénaux.

M. Duplay. J'ai vu plusieurs cas analogues à celui que vient de rapporter M. Bouilly. Dans ces cas, les sutures de l'intestin ne réussissent presque jamais.

Dans deux cas, au contraire, où j'ai fait une ouverture large du trajet au thermo-cautère, j'ai eu deux succès.

Chez un troisième malade, j'ai réussi également, en agissant sur le trajet de la fistule.

Dans les cas semblables, on a proposé la résection de la portion de l'intestin atteinte de fistule et la suture des deux bouts avivés. M. Julliard (de Genève) a publié une opération de ce genre qui lui a donné un succès. Mais cette opération est périlleuse, et, malgré le succès de M. Julliard, je ne crois pas que son exemple soit à suivre.

M. Bouilly répond qu'il ne pouvait songer à réunir le trajet fistuleux dans l'état où il se trouvait. Il reconnaît que la doctrine qui tend à prévaloir est d'opérer en deux temps.

Quant aux causes de la mort, il ne peut les préciser, mais il a quelque peine à admettre la nature urémique des accidents qu'a présentés sa malade en présence de ce fait que la température était élevée, que l'urine a continué à être sécrétée et qu'elle ne renfermait pas d'albumine.

Présentation d'appareil.

M. Nicaise présente, de la part de M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, deux appareils destinés à combattre les raideurs articulaires du coude et du genou, et dans lesquels la traction est exercée par des tubes en caoutchouc fixés à des crochets. La traction est graduée par des différences dans le volume et la longueur du tube. Une vis permet de maintenir à volonté la flexion ou l'extension obtenue.

J'ai employé, dit-il, l'un de ces appareils chez un malade atteint de raideur du coude et j'en ai obtenu de bons effets. Il est nécessaire de se servir de tubes peu volumineux, car la traction, étant continue, deviendrait douloureuse si la force de traction était trop énergique.

M. Le Fort est d'avis que l'emploi de la traction par les tubes de caoutchouc n'a d'avantages qu'autant qu'il existe déjà des mouvements dans les articulations sur lesquelles on veut agir. Ces appareils sont utiles pour assouplir les mouvements plutôt que pour les rétablir. Il ne faudrait pas compter sur leur action, au début, dans le cas où il existerait des raideurs un peu fortes. Avec les appareils à vis, au contraire, on fait des séances douloureuses sans doute, mais courtes, et l'on peut vaincre les raideurs.

M. Nicaise est de l'avis de M. Le Fort. Aussi a-t-il eu soin de faire préalablement, chez ses malades, avec l'emploi du chloroforme, trois séances pour rompre les adhérences. Ce n'est qu'après la rupture de ces adhérences qu'il a eu recours aux appareils à traction élastique.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le secrétaire,

E. Delens.

Séance du 4 mars 1885.

Présidence de M. Duplay.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Étude sur une variété clinique des polypes fibreux de l'utérus : — Extrait de la *Revue de chirurgie*, par M. Pozzi ;

3° *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, par M. le Dr Reliquet ;

4° *Étude sur les contusions et ruptures de l'intestin sans lésion*

apparente des parois abdominales, par M. le Dr CHAVASSE, agrégé au Val-de-Grâce ;

5° M. LE FORT, au nom du professeur Krassowski (de Saint-Pétersbourg), membre correspondant de la Société, présente une observation de *tumeur vasculaire de l'orbite,* terminée par guérison à la suite de la ligature de la carotide.

Rapport.

M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation intitulée :

Contusion de l'abdomen par un double coup de pied de cheval. — Péritonite aiguë. — Laparotomie pratiquée trois jours après l'accident ; mort le troisième jour après l'opération. — Autopsie : contusion du côlon transverse, du mésocôlon, du pancréas et de la partie supérieure de l'enveloppe celluleuse du rein droit, par le Dr CHAVASSE, médecin-major, agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

Vous n'avez oublié, messieurs, j'en suis sûr, ni l'observation de laparotomie pour rupture de l'intestin par choc portant sur la paroi abdominale, qui nous a été communiquée en 1883 par M. Bouilly, aujourd'hui nôtre, ni le rapport si complet de M. Berger sur ce fait intéressant. C'était la première fois que, pour une rupture présumée de l'intestin, on pratiquait délibérément, en temps opportun, une opération discutable et discutée, préconisée par des chirurgiens de grand mérite, mais que personne n'avait osé appliquer. Malgré l'insuccès définitif de l'opération, insuccès que M. Bouilly n'hésitait pas à attribuer à une exploration digitale un peu prématurée ; la majorité des membres de la Société paraît se ranger du côté de l'intervention dans de semblables circonstances.

Dans le courant de l'année dernière, un de nos jeunes collègues les plus laborieux et les plus distingués de l'armée, M. le Dr Chavasse, médecin-major et agrégé au Val-de-Grâce, a publié dans les *Archives de médecine militaire* un important travail ayant pour titre : *Étude sur les contusions et ruptures de l'intestin sans lésion apparente des parois abdominales.* Le mémoire, dont j'ai l'honneur de déposer un exemplaire sur notre bureau, de la part de l'auteur, est basé sur l'analyse de 149 observations, dont on trouve à la fin de l'ouvrage le résumé et la source. Deux faits des

plus intéressants, recueillis au Val-de-Grâce par M. Chavasse, l'avaient conduit à cette étude. L'une de ses conclusions est que : en raison de la terminaison presque toujours fatale de ce genre de lésions (96 0/0 de mortalité), il faut pratiquer la laparotomie, aller à la recherche de la lésion et y porter remède si on le peut.

A peine notre confrère avait terminé et publié son travail, que se présenta l'occasion de mettre ses préceptes en pratique. Le 29 septembre 1884, entre au Val-de-Grâce le nommé M..., du 18e régiment de dragons, âgé de 23 ans, frappé le même jour, vers trois heures du soir, d'un double coup de pied de cheval à la région épigastrique. La force de la ruade est assez violente pour le projeter contre le mur, et le jeter à terre. Cependant il ne perd pas connaissance, se relève presque aussitôt, et ce n'est qu'au bout de deux heures que surviennent des vomissements bilieux répétés.

MM. Chavasse et Poulet voient le blessé le lendemain de l'accident, 30 septembre, à la visite du matin. La face est légèrement injectée, les traits un peu tirés, un cercle noir entoure les yeux. Avant le traumatisme, la santé était excellente; actuellement M... accuse à la région sus-ombilicale, près de la ligne médiane, une vive douleur qu'exagère la percussion et le toucher. Le ventre est aplati, presque rétracté, sonore dans toute son étendue; pas de selles depuis l'accident.

La miction est facile; les urines, peu abondantes, ne présentent pas trace de sang; il y a eu dans la matinée un vomissement purement bilieux. Le pouls à 70° est plein, non dépressible; la respiration un peu irrégulière; la température axillaire est de 37°,8; anxiété légère.

La péritonite ne paraît pas douteuse et le traitement institué consiste en : injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine toutes les deux heures; application d'ouate sur le ventre avec compression légère; glace à sucer, diète absolue. De dix heures du matin à six heures du soir, le pouls s'élève progressivement de 70 à 100°; la respiration de 16 à 22 par minute, la température de 37°,8 à 38°,4.

Le 1er octobre, l'aggravation est manifeste : douleur épigastrique plus vive; ventre douloureux et un peu ballonné, peau chaude et sèche, pouls précipité et dépressible, respiration très irrégulière, anxiété plus grande, constipation persistante, deux vomissements bilieux. De sept heures du matin à six heures du soir, la température s'élève de 37°,2 à 38°,4; le pouls de 108 passe à 116 et retombe à 104; la respiration, de 14 arrive à 40 pour revenir à 32. Même traitement que la veille.

Loin de s'améliorer, la situation apparaît encore plus grave à la visite du lendemain 2 octobre, troisième jour après l'accident : face terreuse, yeux bistrés, sueurs froides, pouls petit et précipité, ventre considérablement ballonné, nausées et vomissements, anxiété et agitation des plus prononcées, respiration fréquente, irrégulière (46 par minute) ; tout indique une issue fatale à très bref délai. C'est alors que M. Chavasse pense, comme dernière ressource, à une intervention chirurgicale.

La péritonite, survenue presque immédiatement après l'accident, ne pouvait être attribuée qu'à une contusion très violente ou à une lésion de l'intestin. Il n'y avait aucun signe de traumatisme du foie, de la rate, des reins, de la vessie. Cependant, ajoute notre confrère, l'étude comparative de la marche du pouls et de la température pendant la première journée qui avait suivi l'accident me laissait assez hésitant au sujet d'une rupture de l'intestin. Cette marche s'éloignait un peu du type que l'analyse de 150 observations m'avait permis de constituer, comme indice presque certain de péritonite par déchirure intestinale. Ce type est caractérisé, dès le début des accidents, par une accélération considérable du pouls et de la respiration, contrastant avec une température relativement peu élevée.

Consulté par M. Chavasse sur l'opportunité d'une intervention, sans me faire aucune illusion sur l'issue probable de la maladie, je n'hésitai pas un instant à l'encourager à intervenir. Mes collègues Poulet et Robert opinèrent dans le même sens, et la laparotomie antiseptique fut pratiquée à deux heures de l'après-midi. Inutile de décrire minutieusement cette opération : incision de 15 centimètres contournant l'ombilic à droite, il s'échappe de la cavité péritonéale une sérosité abondante, citrine, sans odeur. Alors se présente l'épiploon, rétracté, légèrement infiltré de sang, enflammé. On le relève, et on met à jour l'intestin distendu, avec sa séreuse rouge, enflammée, mais sans traces d'exsudats et sans adhérences. Nombre d'anses intestinales sont successivement amenées au dehors, examinées avec soin, il n'y a pas de perforation. En deux points, le côlon transverse est contus, mais il n'est pas déchiré. Les doigts plongés dans le ventre constatent la présence d'une masse épaisse, mollasse, placée au-devant du rachis, c'est le mésocôlon infiltré de sang ; pas d'odeur stercorale. Il semble inutile de pousser plus loin l'exploration, et la toilette du péritoine et de l'intestin minutieusement faite, on réduit peu à peu le dernier, besogne rendue fort pénible par sa distension extrême et par des efforts persistants de vomissement. Suture à deux plans étagés, pas de drain ; iodoforme sur la ligne de réunion, pansement de Lister, ouate en couche épaisse enveloppant le tronc. Une

tendance à la syncope, qui s'est accentuée pendant l'examen de l'intestin, disparaît immédiatement par une injection d'éther.

L'opération a duré *une* heure, la réaction se fait très vite, la nuit est plus calme, l'anxiété moindre. Dès le matin du 3 octobre, il est malheureusement certain que la péritonite n'est pas arrêtée. M. Chavasse enlève deux points de suture au bas de la plaie et pousse un drain dans la cavité péritonéale. Ce tube donne issue à un peu de sérosité roussâtre et sert à faire une injection boriquée tiède à 3 0/0. T. rectale 37°; pouls 105 à 110; respiration 30 à 32.

Le lendemain, le collapsus est manifeste; la température tombe à 36°,7; la respiration à 20-24, le pouls reste à 110-115; la péritonite continue. Enfin, la mort arrive le 5 octobre à midi, sept jours après l'accident.

Autopsie. — Le ventre ouvert, il s'écoula un demi-litre environ de sérosité roussâtre et sans odeur. L'épiploon est enflammé et infiltré de sang. Les anses intestinales, très distendues par des gaz, présentent des adhérences dans les parties éloignées du siège de l'opération ; elles sont *peu rosées* dans le voisinage de l'incision, bien moins, certainement, qu'au moment de l'opération. La *péritonite* est surtout intense dans les parties profondes, vers l'S iliaque, fixée par de multiples adhérences. En arrière de la partie lésée du grand épiploon, le *côlon transverse* présente, sur la face convexe, deux traces fort nettes de contusion avec infiltration de sang dans ses tuniques externes, sans participation de la muqueuse; plus profondément, les tissus prévertébraux sont contus, noirâtres, infiltrés de sang.

Le *mésocôlon* est aussi le siège d'une contusion et d'une abondante infiltration sanguine qui provient de la déchirure d'une artériole mésentérique. Plus en arrière et un peu au-dessus, le *duodénum* et le *pancréas* sont recouverts par un péritoine très enflammé; leur extraction est des plus pénibles. Le *pancréas* a été fortement atteint par le traumatisme dans sa moitié droite; sur une coupe, il présente de nombreux caillots de sang; le *duodénum* est intact. Il existe enfin des signes de contusion dans l'enveloppe celluleuse du rein droit, au-dessus de l'organe. Tous les autres organes, foie, rate, reins, gros vaisseaux, sont sains; les poumons ne présentent que de la congestion.

En résumé : 1° péritonite aiguë; 2° contusion de l'épiploon et du mésocôlon; 3° contusion du côlon transverse; 4° contusion du pancréas. Toutes ces lésions siégeaient au niveau de points correspondant à l'endroit de la paroi abdominale frappé par le coup de pied de cheval, et avaient été produites par pincement direct entre le fer et la colonne vertébrale.

M. Chavasse fait suivre son intéressante observation, que je viens de résumer, de quelques courtes remarques. Les unes ont trait au siège de l'incision par lui pratiquée, incision dont la situation élevée a rendu très difficile la réduction de l'intestin et empêché le placement immédiat d'un gros tube à drainage. C'est conduit par la constance du siège des lésions intestinales derrière le point frappé de la paroi, que notre collègue a ouvert l'abdomen à hauteur de l'ombilic, et ses raisons nous paraissent satisfaisantes. Les autres réflexions de l'auteur ont trait à l'opportunité de l'intervention; alors que la péritonite n'était aucunement douteuse et existait déjà depuis près de trois jours. Bien que se rattachant complètement aux conclusions adoptées par MM. Bouilly et Berger, il n'hésite pas à agrandir un peu plus le champ des indications opératoires. Aujourd'hui encore, il pense que l'opération peut ne pas être inutile, alors même que l'on ne trouve à l'ouverture du ventre qu'une simple péritonite traumatique sans lésion d'organes viscéraux. C'est cette conviction qui l'a poussé à agir, une péritonite aiguë ne pouvant résulter que d'une lésion de l'intestin. En somme, et malgré une contusion violente du pancréas que rien ne permettait de soupçonner et dont il n'existe peut-être pas un autre exemple, l'intervention, loin d'aggraver la situation, semble, en quelque mesure, avoir retardé l'issue fatale. A l'*autopsie*, les lésions de la péritonite étaient, au voisinage de l'incision, moins prononcées que dans les autres parties de la cavité abdominale.

M. Chavasse fait remarquer que l'idée de la laparotomie, dans des circonstances analogues, semble s'affirmer de plus en plus dans l'esprit des chirurgiens. Mickulicz (de Cracovie), au dernier congrès des chirurgiens allemands, a soutenu que, si l'on soupçonne une perforation ou une rupture de l'intestin, il ne faut pas attendre qu'un diagnostic exact soit posé et que la péritonite atteigne un haut degré ; il faut, au contraire, opérer immédiatement ou faire une incision d'épreuve qui n'offre pas de dangers.

Messieurs, je ne veux pas rééditer le rapport de M. Berger ni refaire le mémoire de M. Chavasse, mais ayant été consulté par notre confrère et m'étant prononcé comme lui pour l'intervention chirurgicale dans le cas précité, malgré le peu de chances de succès qu'elle pouvait offrir, ayant assisté à l'opération et constaté ses difficultés, ayant eu les parties sous les yeux, examiné les organes, ayant vu et touché, plus tard, enfin, ayant été témoin de l'insuccès et de ses causes, je me suis demandé si, dans un cas semblable, j'agirais de la même façon. Et je me suis répondu que non. Au lieu d'attendre au troisième jour pour faire la laparotomie, je crois qu'il faut : ou intervenir de bonne heure, ou s'abstenir. L'analyse des observations réunies dans le mémoire de M. Chavasse montre

qu'un grand nombre des blessés succombent rapidement, dans les douze premières heures, par accroissement du collapsus. Dans ces conditions, comme l'ont dit MM. Bouilly et Berger, toute opération est contre-indiquée. En est-il de même lorsque les accidents datent de plusieurs jours? Bien que l'opération soit encore possible, comme le montre le fait de M. Chavasse, peut-elle être de quelque utilité?

S'il y a rupture de l'intestin, épanchement de matières, péritonite suraiguë, les chances de l'intervention me paraissent bien aléatoires. Remédierait-on aux lésions intestinales, que l'on ne ferait pas rétrograder la phlegmasie péritonéale. Si, au contraire, comme chez le blessé de notre collègue, il n'y a que contusion, péritonite non septique, le chirurgien, après avoir ouvert le ventre, se trouve dans le plus grand embarras. Il ne peut songer à amener successivement toute la masse intestinale au dehors pour lui faire subir un nettoyage antiseptique; il lui est bien difficile, même par des injections, d'atteindre toute la surface du péritoine enflammé; force lui est de refermer la cavité abdominale après une exploration incomplète. En somme, qu'il y ait rupture ou simple contusion, péritonite inflammatoire ou péritonite septique, la laparotomie, pour être utile, doit être faite de bonne heure.

Nous devons savoir gré cependant à M. le Dr Chavasse de nous avoir communiqué son intéressante observation; les insuccès nous instruisent plus que les faits heureux dans une question à l'étude, et la conduite à tenir dans les traumatismes profonds de l'abdomen est loin d'être déterminée, il importe de ne négliger aucun enseignement. Notre collègue, pendant deux jours, malgré l'explosion de la péritonite, semble avoir reculé, étant donnée la bénignité possible de l'inflammation devant la pratique de la laparotomie. Nous n'avons pas le droit de lui en faire un reproche; sans doute, notre hésitation eût été la même. Mais, désormais, dans un cas analogue, nous lui conseillons de n'en pas agir ainsi, et nous lui disons : ou bien opérez de bonne heure, ou, si vous avez laissé passer l'instant propice, abstenez-vous de toute intervention.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à M. le Dr Chavasse et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Duplay. Il semble résulter des derniers travaux publiés sur la question des contusions et plaies de l'abdomen, que la laparotomie doive être de plus en plus pratiquée quand les symptômes observés permettent de croire à l'existence d'une plaie viscérale,

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 39 4-85. *Le Gérant :* G. MASSON.

surtout si le viscère atteint est l'intestin. Je citerai le cas très intéressant que publiait dernièrement, à ce sujet, le *Daily medical News*.

Il s'agit d'un homme atteint d'une plaie pénétrante de l'abdomen produite par une balle de revolver. Le chirurgien ouvrit la cavité abdominale, trouva un intestin perforé en six ou sept endroits, fit la suture de toutes ces plaies et referma le ventre. Le malade guérit.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. le Dr Quenu lit une observation ayant pour titre : *Tumeurs végétantes des deux ovaires, corps fibreux de l'utérus : ovario-hystérectomie. — De l'ascite dans les tumeurs abdominales.*

Commission composée de MM. Terrillon, Polaillon et Terrier, rapporteur.

Lecture.

M. Nepveu donne lecture d'un mémoire intitulé : *Des suites éloignées de la désarticulation du genou*, et il présente plusieurs moules à l'appui de ses conclusions, qui sont loin d'être favorables à cette opération.

Des suites éloignées de la désarticulation du genou,
par le Dr G. Nepveu.

Les suites éloignées de la désarticulation du genou ont été très peu étudiées jusqu'ici. Cette opération est, du reste, tombée en désuétude et, de plus, d'après les dernières statistiques, un peu anciennes il est vrai, elle est grevée d'une assez forte mortalité.

J'ai eu la bonne fortune de voir, dans le service de M. Verneuil, deux désarticulés du genou, l'un dix ans, l'autre sept ans après l'opération. Je viens vous en présenter les moules et les observations.

Le premier, L... (Cyprien), 63 ans, entre le 15 novembre 1884 salle Michon, à la Pitié, pour quelques plaies contuses de la face sans gravité, qui guérirent assez rapidement. Il a été désarticulé

du genou, il y a dix ans, par M. Désormeaux, alors chirurgien à l'hôpital Necker. Sa jambe avait été, disait-il, complètement broyée par une roue de voiture. Il est impossible de reconnaître le procédé qu'a employé le chirurgien. Sans donc nous aventurer sur ce point, nous devons remarquer que le malade souffrit longtemps : il eut, en effet, environ trois ou quatre abcès. L'un d'eux, le plus considérable, s'étendait depuis la partie postérieure du condyle externe jusqu'à la partie moyenne de la cuisse ; une longue cicatrice fait encore voir la place où il a été incisé. Les autres abcès, siégeant à l'extrémité du moignon, également incisés, n'ont pas laissé de cicatrices distinctes.

Très affaibli par ces suppurations interminables, notre homme ne fut complètement guéri qu'au bout de dix-huit mois ; mais depuis cette époque et de temps en temps, la cicatrice, lisse, tendue, rougeâtre, se rouvrait, et de petites ulcérations se montraient à sa surface. Jamais il ne put marcher avec une jambe de bois, ou même un cuissard ; il ne se servait que de béquilles.

L'examen extérieur du moignon fait en effet reconnaître à la surface des condyles une cicatrice mince, violacée, tendue, très sensible. Cette cicatrice n'offre pas la moindre mobilité sur les tissus sous-jacents ; elle est étroitement adhérente aux os. Une ulcération peu étendue, à bords irrégulièrement festonnés et se continuant insensiblement avec les téguments voisins, se trouve au centre du moignon. Les condyles paraissent avoir un peu augmentés de volume, la rotule est saillante au-dessus de la gorge condylienne, les muscles de la cuisse sont flasques et très atrophiés.

Ce pauvre jeune homme, qui n'avait pu nous donner que des renseignements extrêmement vagues, était un maniaque. Il insultait les infirmiers et les malades, criait dans la salle et croyait qu'on voulait l'assassiner. On l'évacua sur Sainte-Anne, où il mourut de ramollissement cérébral.

La dissection du moignon fut faite par M. Verchère, chef de clinique chirurgicale à la Pitié. Et voici la note qu'il a bien voulu me communiquer sur ce point.

Aucune modification de la peau jusqu'au niveau de la circonférence déterminée par les deux tubérosités internes et externes des deux condyles fémoraux, sauf au niveau de la dépression résultant de l'ancienne incision des abcès consécutifs à la désarticulation. En ce point, la peau est amincie et adhérente aux parties sous-jacentes.

Vers l'extrémité du moignon, la peau présente une épaisseur de 1 à 2 millimètres. Aucune trace de tissu cellulaire au-dessous d'elle. Elle est immédiatement unie à l'os. Il faut la sculpter en quelque sorte, et il est fort difficile de la détacher de l'extrémité osseuse.

C'est sur l'os lui-même qu'il faut couper, sous peine de faire des trous aux téguments.

Les muscles de la partie postérieure de la cuisse sont atrophiés. Ils présentent une teinte grisâtre, et leur volume est considérablement diminué relativement à celui des mêmes muscles du côté sain. L'extrémité du demi-membraneux est presque tout entière constituée par des tissus tendineux. Les fibres musculaires s'arrêtent très haut.

Le muscle triceps est rétracté et se continue avec une sorte de tissu fibreux qui va se perdre dans les téguments de la partie externe du moignon.

A la partie inférieure, tous les muscles de la région interne semblent se confondre avec les parties aponévrotiques de la face interne du genou.

Il se trouve à ce niveau un épaississement considérable de tissu fibreux adhérent en avant et sur les côtés avec la peau amincie. C'est sur elle et sur le fémur auquel elle adhère, que semble se faire l'adhérence et l'insertion.

Le paquet vasculo-nerveux du creux poplité n'existe plus sous sa forme véritable.

L'artère s'arrête avec ses caractères normaux de perméabilité et d'élasticité au niveau de l'angle supérieur du creux poplité; au-dessous, elle est oblitérée.

Le nerf sciatique non divisé est reconnaissable jusqu'au même niveau.

La veine a été difficile à rechercher et a été détruite dans la dissection.

L'artère et le nerf, à partir du point signalé plus haut, se confondent l'un avec l'autre et, dès lors, sont représentés par un cordon à peu près cylindrique, qu'il est possible par la dissection de séparer des parties voisines, du volume à peu près de deux doigts.

La résistance de ce cordon fibreux est considérable. Il est dur, élastique, et s'étend jusqu'au niveau de l'espace inter-condylien. En ce point, il prend insertion sur l'os lui-même et il est impossible de l'en détacher. Il faut employer le scalpel pour couper les adhérences qui l'unissent à l'os.

Sur les parties latérales, il se continue avec les parties fibreuses entourant l'articulation, se continuant d'une façon à peu près directe avec les restants des ailerons fibreux de la rotule.

La circulation collatérale est difficile à apprécier. L'injection des vaisseaux n'a pas été faite et la dissection, par suite, n'a pu être poursuivie sur les petites branches de l'artère poplitée. Il est néanmoins permis de croire, étant donnée la hauteur du cylindre fibreux qui remplace le paquet artério-nerveux, que les artères

collatérales de la poplitée, articulaires et surtout jumelles, ont dû se trouver oblitérées et remplacées comme le tronc principal par du tissu fibreux.

Les muscles jumeaux en arrière ont complètement disparu. On trouve l'adhérence de la peau s'étendant jusqu'à la partie postérieure de la volute fémorale, et il ne reste plus rien des corps charnus à ce niveau. Ils semblent remplacés à leur insertion supérieure par du tissu fibreux, analogue à celui que l'on trouve sur les parties latérales de la rotule.

Du côté des extrémités osseuses, diverses modifications sont à signaler.

La rotule est plus haute qu'à l'état normal : elle est entraînée en haut par le tendon du muscle triceps qui y reste inséré. A sa face profonde, on trouve encore quelques traces de cartilage. Elle répond à la face antérieure de l'extrémité condylienne du fémur s'appuyant sur la surface plane que l'on trouve au-dessus de la gorge de la poulie. Sur les parties latérales viennent s'attacher les ailerons renforcés ou plutôt remplacés par la transformation des parties molles qui viennent prendre appui sur eux et par leur intermédiaire sur la face interne et externe du fémur.

Il reste au-dessous du tendon du triceps une sorte de tissu cellulaire lâche occupant la place que prend normalement le cul-de-sac antérieur de la synoviale du genou. Il n'y a pas de cavité séreuse, la face postérieure du muscle adhère par l'intermédiaire de ce tissu à la face antérieure de l'os ; néanmoins on peut encore à la rotule faire exécuter des mouvements de glissement assez étendus sur la face antérieure du fémur.

Celui-ci est augmenté de volume, renflé en massue à son extrémité inférieure.

La surface de l'os est régulière, on n'y rencontre ni saillie, ni rugosité. A la partie centrale de la face inférieure où existe l'ulcération, la surface osseuse est recouverte par les bourgeons charnus granuleux formant le fond de l'ulcération. C'est à la surface même de l'os qu'ils sont appliqués, sur laquelle ils sont nés.

La peau, en tous ces points, adhère intimement à la surface osseuse et s'y implante par une sorte de petit chevelu extrêmement fin qui est appréciable lorsque, très fortement, au risque de la déchirer, on tire sur la cicatrice et qu'on la détache de la surface osseuse. On voit alors une infinité de petits filaments très courts venant pénétrer dans les petits orifices extrêmement nombreux dont est criblée l'extrémité du fémur.

On obtient ainsi le même aspect que dans la face profonde de la capsule du rein lorsqu'on la détache par arrachement de la surface extérieure de la glande. Ces petits filaments sont celluleux et se

rompent facilement, mais, par leur multiplicité, forment une adhérence très solide entre la peau et l'os, qui se confondent pour ainsi dire.

Lorsqu'on dissèque au scalpel la peau pour la détacher, on constate une grande friabilité de tissu osseux, le scalpel y pénètre en faisant entendre une sorte de crépitation et peut très facilement enlever de petites lames de tissu osseux.

Toute l'extrémité inférieure du fémur présente à sa surface une teinte rouge lie de vin se perdant peu à peu au niveau de la partie supérieure des condyles. Lorsque l'on presse un peu fortement on en fait sourdre une sorte de moelle rougeâtre fortement imprégnée de sang.

Il n'existe pas de lame de tissu compact pour recouvrir l'extrémité osseuse; elle est tout entière formée de tissu spongieux extrêmement friable.

Il n'y a en aucun point trace de cartilage.

Pourtant l'os présente la même disposition et les éléments cartilagineux forment une couche si épaisse en certains points de l'extrémité fémorale qu'il semble avoir complètement disparu.

La forme de l'extrémité inférieure du fémur est aussi très modifiée ; au lieu de trouver à la face postérieure des condyles la gorge profonde qui existe entre les deux volutes fémorales, on trouve une surface lisse à peu près au même niveau que l'extrémité postérieure des condyles, ne présentant qu'une très légère dépression, au niveau de laquelle vient s'insérer le trousseau fibreux représentant la transformation fibreuse du faisceau vasculo-nerveux du creux poplité, nerf et artère.

Cette insertion très solide, très résistante, se fait jusqu'au niveau du point où d'ordinaire s'arrête le cartilage fémoral. A ce niveau l'adhérence à la peau reparaît, tandis que plus haut elle est séparée de l'os par le tissu fibreux qui, lui, en est séparé par du tissu cellulaire se continuant avec les débris de celui que l'on trouve en si grande abondance à l'état normal dans le creux poplité.

En somme, on trouve tous les caractères constituant le moignon conique physiologiquement.

Adhérence et ulcération de la peau, amincissement de celle-ci rendant le moignon impotent, douloureux et ne permettant pas au malade de s'appuyer sur sa surface.

En résumé, les adhérences de la peau à l'os empêchaient la mobilité des téguments ; l'amincissement et les ulcérations de la cicatrice la rendaient très douloureuse et empêchaient absolument le blessé de se servir de son moignon.

La deuxième observation est tout aussi intéressante.

Charles R..., caporal au 23e régiment de ligne, a été désarticulé du genou, à Gravelotte, le 16 août 1870, une heure après la blessure, par M. Pingaud, alors médecin-major des zouaves de la garde. Après être resté en ambulance volante près de dix-huit jours sur le champ de bataille, il fut transporté à Ars-sur-Moselle, où il demeura près de quarante jours sans accidents notables. De là, évacué sur Nancy, il put obtenir de rentrer en France à Besançon, son pays natal. Il y fut encore alité pendant huit mois ; la suppuration était toujours très abondante. Dix mois après l'amputation, il se leva pour la première fois, mais ce ne fut en somme que dix-huit mois après l'opération que la plaie fut entièrement cicatrisée.

La cicatrice mince, rosée, lisse, s'ulcérait de temps en temps, notamment à ses angles externe et interne au niveau de la saillie des condyles. Ces ulcérations très fréquentes se reproduisaient continuellement au moindre choc, au moindre refroidissement. C'est pour se guérir de l'une d'elles qu'il entra le 19 janvier 1878 dans le service de M. Verneuil. La guérison fut très rapide. R... sortit du service le 2 février.

A ce moment, le moignon était formé par les condyles fémoraux couverts à leur face inférieure d'une mince cicatrice, la gorge inter-condylienne était presque comblée. La rotule qui avait été laissée dans la plaie était remontée à 10 centimètres au-dessus de la surface des condyles et le gênait beaucoup. En arrière du moignon, on observait un fibro-névrome assez volumineux du nerf sciatique.

R..., pas plus que le précédent, ne pouvait se servir d'une jambe de bois. Il se sert d'un cuissard articulé au genou et est actuellement aux Invalides. Je viens de le revoir cette semaine, quatorze ans et demi après la désarticulation. Il marche assez bien, mais avec un appareil en somme très coûteux. Depuis son séjour à la Pitié, il n'a jamais eu de nouvelle ulcération.

En résumé, voici deux observations de désarticulation du genou dans lesquelles les suites éloignées ont été peu favorables pour le blessé. Des os saillants recouverts de cicatrices minces, douloureuses, ulcérées. Tel est en général l'aspect de ces moignons pour lesquels la prothèse n'a qu'un choix d'appareils très limité et en général très coûteux [1].

Discussion.

M. VERNEUIL. J'ai engagé M. Nepveu à faire cette communica-

[1] Consulter sur ce point la thèse de Hagiescou, 1885, Paris.

tion, parce que de temps en temps on revient sur cette question qui paraissait jugée, de la désarticulation du genou comparée à l'amputation au tiers inférieur.

C'est ainsi par exemple que tout récemment, dans une discussion sur ce sujet, les deux tiers des chirurgiens, à la vérité, ont combattu l'idée de la désarticulation, mais un tiers environ a paru ne pas être très hostile à cette opération. Plus récemment, moi-même, j'ai reçu d'un de mes élèves une lettre dans laquelle il me demande mon avis au sujet d'un procédé nouveau de désarticulation du genou. Il est vrai que ce chirurgien enlevant la rotule et réséquant la masse condylienne, son opération ressemble beaucoup à une amputation de cuisse.

Eh bien, on ne saurait trop le répéter, la désarticulation du genou est une mauvaise opération et qui ne vaut pas l'amputation de la cuisse pratiquée très bas. Certainement, les deux faits signalés par M. Nepveu ne suffisent pas à établir un pareil précepte, mais ils viennent s'ajouter à beaucoup d'autres qui confirment les mauvais résultats de la désarticulation (guérison lente, moignon incapable de supporter le pilon, ulcération fréquente de la cicatrice, etc.).

Ce que je dis de la désarticulation du genou s'applique également, quoiqu'à un degré moindre, à la désarticulation du coude.

Quant à la cause de cette différence entre les deux opérations, je ne la saisis pas très bien. Cependant, ayant moi aussi pratiqué jadis la désarticulation du genou sur un enfant de dix ans, et ayant constaté à la suite un assez bon résultat, j'aurais assez de tendance à croire que l'âge des sujets opérés joue un rôle capital dans le résultat définitif, et que c'est surtout lorsqu'on désarticule les adultes que l'on a les mauvais résultats qui vous ont été signalés par M. Nepveu.

M. Berger. M. Verneuil vient de nous dire que la désarticulation du coude ne valait pas mieux que la désarticulation du genou, et qu'à ce titre ces deux opérations devaient être rejetées. Je me demande la cause de cette proscription de la désarticulation du coude.

J'ai fait cette dernière opération il y a peu de temps, et non seulement le malade a guéri vite, mais encore, au moment où il nous a quitté, nous avons pu constater que le résultat obtenu était excellent. Le moignon n'avait aucune sensibilité exagérée, et il supportait très bien un appareil prothétique. Il est vrai que j'avais eu soin de réséquer assez haut tous les nerfs de la région.

Je reverrai d'ailleurs ce malade, et je dirai si le succès s'est maintenu par la suite.

Pour ce qui est de la désarticulation du genou, je crois que c'est à bon droit qu'elle a été laissée de côté, et cela parce que le volume du squelette, au niveau du genou, est en trop grande disproportion par rapport au volume des parties molles.

L'année dernière, M. Verneuil nous a parlé d'un moignon conique, spécial à l'adolescence, dû à ce qu'à cet âge l'accroissement du fémur n'étant pas achevé, cet os grandit plus vite que la peau qui l'environne, et la tend d'une façon pénible.

Cette défectuosité doit être bien plus grande à la suite de la désarticulation du genou chez les enfants, qu'à la suite de l'amputation de la cuisse, parce que dans ce dernier cas on supprime l'épiphyse inférieure de l'os, la plus importante au point de vue de l'accroissement ultérieur du membre.

M. Gillette. Il y a quelques mois, M. le Dr Delorme nous a présenté un malade qui avait subi la désarticulation du genou, dont e moignon était très convenable, et avec résultat très avantageux pour les fonctions du membre. L'opération datait de six à huit mois.

Ce fait n'enlève aucune valeur aux cas de M. Nepveu, mais il montre qu'il ne faut pas conclure trop vite de quelques cas particuliers, surtout si l'on songe que les opérations dont il s'agit ont été pratiquées avant l'introduction des méthodes antiseptiques.

Présentation de malade.

M. Championnière *présente un malade atteint d'ostéo-myélite du tibia gauche, ayant subi la trépanation du tibia, l'ouverture du genou et l'ostéotomie sous-trochantérienne du fémur du côté opposé.*

Voici, en quelques mots, le résumé de l'histoire très compliquée de ce malade.

G... Louis était âgé de 15 ans quand il est entré dans mon service, hôpital Tenon, le 4 septembre 1882, n° 10, salle Saint-Ferdinand (observation de M. Doyen, interne).

Il avait fait le 26 août une chute sur le genou, et le 28 il souffrait déjà cruellement de la jambe gauche. Le 4 septembre, jour de l'entrée, il avait 40°,6 de température et un état typhique des plus marqués, une douleur vive au-devant de l'épiphyse du tibia gauche de la rougeur et du gonflement, pas de fluctuation. Le diagnostic d'ostéo-myélite n'est pas douteux. Le 5, aussitôt ma pre-

mière visite, je le fais endormir, je fais une incision jusqu'au périoste à la partie supéro-antérieure du tibia, juste au-dessous du genou; du pus rougeâtre est accumulé sous le périoste; je trépane le tibia, dans la substance duquel je trouve de la rougeur et un peu de pus; avec la gouge, j'agrandis l'ouverture, lavages avec la solution de chlorure de zinc.

Le lendemain 6 *septembre*, la température n'a guère baissé, le genou est tendu, douloureux. Je l'ouvre largement au côté interne de l'articulation; du liquide louche est évacué; des fausses membranes sont enlevées avec une éponge, la cavité du genou est bien lavée avec la solution d'acide phénique au 1/20e. Un drain debout est inséré. Deux points de suture.

Le 9 *septembre*, trois jours après, le drain est supprimé. Le 18 septembre, le genou est complètement refermé.

La température avait baissé d'un degré le lendemain, mais elle remonte. Il se fait une poussée vers le coude gauche, l'épicondyle est gonflé et douloureux; derrière le tibia s'accumule du pus.

Le 13 *septembre*, l'évacuation du nouveau foyer est suivie d'un abaissement de la température jusqu'à 38°.

A partir de ce jour, la marche vers la guérison se fait, mais très irrégulière. De nombreuses fois se présentèrent des poussées vers le tibia; à bien des reprises, des séquestres plus ou moins volumineux sont extraits; l'articulation du genou est bien libre, malgré quelques craquements dans les mouvements extrêmes. Une poussée de douleurs avec gonflement considérable se voit en avril 1884 à la suite d'une chute sur le genou; mais les accidents sont de peu de durée et le genou se remet bien.

Pendant le traitement, le genou n'a jamais été immobilisé, même pas dans une gouttière. Il était un peu fléchi au début.

Pendant cette cure, dès le second ou le troisième mois, le patient accusait des douleurs vives dans le membre droit. Tous les muscles s'atrophièrent avec une rapidité remarquable. On ne rétablit leur contractilité et leur volume que lentement, avec l'électrisation continuée bien des mois.

Puis survinrent, du côté de la hanche droite, des douleurs vives. Le malade, très indocile, se plaçait dans la flexion, en chien de fusil. Dans les périodes d'amélioration, il rampait sur le sol de la salle, se glissant à l'aide d'une couverture. Il poussait des cris quand on examinait la hanche, où il y avait encore des mouvements.

Lorsqu'au retour d'une longue absence, au mois de juin 1884, j'examinai ce malade, je constatai qu'il avait une ankylose complète de la hanche droite, le membre étant dans la demi-flexion,

ce qui ne permettait la marche que très difficilement, avec le pied en équinisme atteignant à peine le sol avec les orteils.

Au mois d'octobre 1884, il n'y avait plus de trace d'état inflammatoire. Il fallait faire quelque chose pour rendre la marche possible à ce jeune homme. Avec l'anesthésie, je constatai l'impossibilité d'étendre le membre. L'ostéoclasie me séduisait médiocrement, je craignais de rompre irrégulièrement et au voisinage du point malade.

L'ostéotomie me parut plus simple, mais je pensai qu'il était meilleur de s'éloigner le plus possible du foyer d'ostéo-myélite qui paraissait avoir déterminé lentement l'ankylose. Je me décidai pour la section du fémur, suivant la méthode de Volkmann, au-dessous du grand trochanter.

Je fis cette opération le 16 *octobre* 1884. L'opération fut rapide, facile et sans incident. Dès ce jour, on put voir que le redressement était satisfaisant. Le malade fut placé dans une gouttière de Bonnet. Il ne fut pansé qu'au bout de quatre jours. Depuis, les pansements ont été peu fréquents. Il s'est levé au bout de cinquante jours; depuis longtemps il est guéri.

La guérison se fit sans aucun incident, avec peu de douleur, sans fièvre; à l'heure qu'il est, vous le voyez marcher facilement, simplement à l'aide d'une bottine qui élève le membre un peu raccourci. Il est sorti de l'hôpital depuis assez longtemps.

Le 31 *janvier*, il est rentré pour quelques jours, parce que j'ai enlevé deux séquestres volumineux qui se présentaient à la vieille plaie du tibia gauche et il part pour la campagne.

Vous voyez sur ce jeune homme le résultat d'une série d'opérations menées à bien. Large trépanation du tibia. Ouverture d'une articulation du genou suppurée, avec conservation complète des mouvements. Section sous-trochantérienne du fémur du côté opposé. Ce n'est pas seulement parce qu'il survit que je vous l'ai présenté, mais parce que la marche est satisfaisante.

J'appelle toute votre attention sur cette ostéotomie sous-trochantérienne, opération facile dans l'ankylose de la hanche, comme donnant d'excellents résultats pour la marche.

La Société se forme en comité secret à 4 heures 45 minutes.

Le Secrétaire.

GILLETTE.

Séance du 11 mars 1885.

Présidence de M. HORTELOUP, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une observation de *fracture du crâne*, par M. le Dr DREIS, médecin principal de l'armée, membre correspondant ;

3° De M. L. NEUGEBAUER, une brochure intitulée : *Nesser Beitrag zur œtiologie mist casuistik der spondyl-olisthesis.*

A propos du procès-verbal et de la discussion sur *l'atrophie musculaire et l'ostéomyélite.*

M. TRÉLAT. M. Lucas-Championnière nous a rapporté l'histoire d'un malade atteint d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, et chez lequel il observa une atrophie des muscles précédant l'apparition des accidents inflammatoires.

Les atrophies musculaires de cet ordre sont peu connues. Il y a peu de temps, j'en ai observé deux exemples qu'il m'a paru utile de vous signaler :

Le premier est relatif à un jeune malade entré dans mon service pour une tuméfaction de la partie antéro-externe de la jambe : cette tuméfaction à caractères encore mal définis et à diagnostic douteux au moment où je vis le malade, s'accompagnait d'une atrophie considérable de tous les muscles du membre atteint. Quelques jours après, les symptômes présentés par la tumeur s'étant plus accusés, il fut facile de reconnaître une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du péroné. Je réséquai la partie malade et la guérison eut lieu.

Mon second cas est relatif à un jeune homme qui avait une ostéo-arthrite traumatique de l'épaule ; la lésion osseuse était accompagnée d'une atrophie musculaire notable, alors que les symptômes de l'ostéomyélite étaient encore très accentués. Voici donc deux cas analogues à celui de M. Championnière, qui démontrent qu'une atrophie musculaire prononcée peut être rangée parmi les phénomènes précoces de l'ostéomyélite.

M. Lucas-Championnière. Je ne crois pas que l'atrophie musculaire observée chez mon malade soit de même nature que celle que M. Trélat a constatée sur les siens.

Cette atrophie, en effet, porta sur le membre droit à la suite d'une ostéite du côté gauche et elle précéda de plusieurs mois l'apparition d'une coxalgie de ce même côté. Bien plus, cette atrophie était guérie lorsqu'apparurent les premiers symptômes de la coxalgie. C'est là, il faut le reconnaître, un phénomène très singulier et très complexe.

L'atrophie a bien été consécutive à l'ostéite, mais elle a revêtu les caractères d'une atrophie d'origine réflexe, et je ne sache pas que jusqu'à présent on n'ait rien vu de semblable.

M. Trélat. Je n'insiste pas au sujet de l'identité des symptômes observés par M. Championnière et par moi ; tout ce que j'ai voulu dire est que l'apparition d'une atrophie musculaire précoce, dans le cas de l'ostéomyélite, constitue un fait encore peu connu, qu'il était bon de signaler.

M. Le Dentu. J'ai soigné avec M. de Saint-Germain une enfant de cinq ans, atteinte d'une ostéomyélite du tibia droit, compliquée de suppuration du genou. Cet abcès articulaire ayant été traité par deux larges incisions longeant les côtés de la rotule, la malade n'a pas tardé à guérir.

Au bout de quelque temps, une arthrite semblable s'étant produite dans le genou gauche, nous la traitâmes cette fois par l'évacuation du pus à l'aide d'un gros trocart. Au bout de peu de temps, l'enfant pouvait être considérée comme guérie.

Ainsi donc, voici deux arthrites purulentes, traitées par des moyens différents, l'incision large et la ponction, qui ont également guéri l'une et l'autre. Les mouvements du genou ont persisté dans une très large mesure.

M. de Saint-Germain. Appelé, il y a quelque temps, auprès d'une jeune malade atteinte d'une grave arthrite purulente du genou, et pour laquelle on avait déjà proposé l'amputation, j'ai largement fendu l'articulation, évacué le pus qu'elle contenait, lavé avec l'alcool camphré la synoviale et mis l'enfant dans un appareil. Le lendemain, les accidents généraux provoqués par la rétention du pus avaient cessé, et sept semaines après la malade pouvait être considérée comme guérie. Je l'ai revue deux ans après et les mouvements de flexion et d'extension étaient rétablis.

M. Poulet. Les accidents observés par M. Lucas-Championnière peuvent s'expliquer par l'irritation que produit dans le voisinage

tout foyer d'ostéite tuberculeuse. Cette irritation détermine une névrite, c'est à cette névrite qu'il faut attribuer la dégénérescence des muscles.

M. Nicaise. Les faits signalés par M. Trélat sont bien connus : toutes les affections des os et des articulations s'accompagnent d'atrophies musculaires, et celles-ci se produisent quelquefois avec une rapidité telle, que l'on pourrait croire qu'elles ont précédé la maladie principale.

Quant à la cause de ces atrophies,qui portent plus spécialement sur les extenseurs, il n'est rien moins que démontré qu'elles succèdent à une névrite, ainsi que vient de l'indiquer M. Poulet, et nombre d'auteurs pensent qu'il s'agit là d'une atrophie d'origine réflexe. S'il en était ainsi, le cas de M. Lucas-Championnière s'expliquerait sans difficulté par l'hypothèse qu'il nous a indiquée.

M. Reclus. J'ai observé une de ces atrophies à la suite d'une ostéomyélite de la malléole externe. Comme l'ostéomyélite était très voisine de l'articulation, et que celle-ci participait à la maladie, je n'ai pas hésité à considérer l'atrophie des muscles comme la conséquence des troubles trophiques qui succèdent aux lésions articulaires, et qui ont été décrits par MM. Le Fort et Valtat.

M. Trélat. Les cas d'atrophie tardive dont parle M. Reclus sont en effet connus, mais ce n'est pas eux dont j'ai voulu parler. J'ai fait allusion à des cas d'atrophies musculaires précédant les lésions osseuses et articulaires, ou tout au moins coïncidant avec les premiers symptômes que présentent ces lésions.

M. Lucas-Championnière. M. Le Dentu vient de nous faire part d'un succès obtenu à la suite de la ponction d'une arthrite purulente. J'ai fait cette ponction une seule fois ; j'ai guéri mon malade, cela est vrai, mais je n'ai pu obtenir le rétablissement des mouvements du genou.

Par contre, j'ai ouvert largement un assez grand nombre de ces arthrites, et j'ai toujours obtenu la guérison avec rétablissement des mouvements.

Lecture.

A propos du procès-verbal et de la discussion sur la *Désarticulation du genou et du coude.*

M. Chauvel lit la note suivante :

Je ne puis laisser passer sans conteste la proposition émise par M. le professeur Verneuil, dans la dernière séance, sur la valeur des amputations du coude et du genou. Il me suffira de rappeler que la désarticulation du coude, depuis les succès obtenus par Salleron, Legouest, pendant la guerre de Crimée, est, par tous les chirurgiens militaires, considérée à tous égards comme supérieure à l'amputation du bras. Dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (art. Coude, 1re série, t. XXI, 1878), mon regretté collègue et ami Pingaud, s'appuyant sur la statistique et sur l'observation clinique, n'hésita pas de qualifier d'opération *excellente* l'amputation de l'avant-bras dans l'article. Sa bénignité relative n'est pas discutable. Neudöfer en 1872 l'estime à 17,9 0/0, en moyenne ; Ethder en 1865 donnait le chiffre de 16,19 0/0. En Amérique, alors que l'amputation du bras au tiers inférieur compte 26 0/0 de léthalité (*The med. anat. surg. history of the War of the Rebellion*, t. II), la désarticulation du coude ne donne que 3 morts sur 39 ou 7,6 0/0. Il est vrai que 5 des désarticulés ont du subir une nouvelle amputation, mais nous n'avons pas le droit de porter au passif de l'opération des accidents qui peuvent n'avoir été que la conséquence d'une intervention inopportune. Contre une différence de 18 0/0 dans la mortalité comparative de deux opérations, il n'est pas possible d'élever l'objection de *série heureuse ;* la bénignité relative de la désarticulation du coude me paraît indiscutable.

La facilité d'adaptation d'un appareil de prothèse est également plus grande dans la désarticulation du coude. Le bras de levier conservé est plus long, son extrémité plus large ; le biceps par ses adhérences à l'aponévrose et à la cicatrice exerce en partie ses fonctions. Analysant les 39 observations publiées par Otis dans l'histoire chirurgicale de la guerre de la Sécession, je trouve que sur 18 moignons, dont l'état est relevé après plusieurs années, 5 sont notés comme tendres, sensibles ; 13 comme sains, solides, supportant parfaitement les appareils.

J'ai personnellement pratiqué plusieurs fois la désarticulation du coude, que j'avais appris à considérer comme une bonne opération. De mes opérés je n'en ai pu suivre qu'un seul, et l'état de son moignon, au bout d'un an, était toujours très satisfaisant. Il était officier d'artillerie, et se servait parfaitement de son appareil de prothèse.

Laissant de côté les statistiques de la guerre de 1870-1871, dont nous ne connaissons les résultats que par le travail fort imparfait de Chenu, je conclus qu'avec les données actuelles, il m'est impos-

sible de me ranger à l'avis de M. Verneuil, et de dire avec lui : *la désarticulation du coude est une mauvaise opération.*

En est-il de même pour la désarticulation du genou ? Ici, la thèse à l'appui de laquelle notre maître éminent a présenté deux observations dans la communication de M. Nepveu, me paraît plus facile à soutenir. Si, dans ces dernières années, après Velpeau, Baudens, Macleod, Dupouy, notre regretté collègue Spillmann (art. GENOU, in *Dict. encycl. d. Sc. méd.*, 4e série, 1881, t. VII) s'est montré le défenseur convaincu de cette opération, il faut bien avouer que ses raisons ne sont pas absolument probantes. Comme Delorme, dont M. Gillette nous rappelait, mercredi dernier, l'intéressante présentation, Spillmann s'appuyait sur la statistique de la guerre d'Amérique, pour démontrer que l'amputation tibio-fémorale était moins grave que l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. Malheureusement, la statistique revisée d'Otis (*The med. and surg. History of the War of the Rebellion*, t. III, 1883) donna une proportion différente de mortalité. Alors que 189 désarticulations du genou comptent 56,6 0/0 de décès, la léthalité de l'amputation de la cuisse au tiers inférieur n'atteint que 52 0/0 environ, sur plus de 3,000 cas. Ajoutons de plus que sur 81 désarticulés arrivés à guérison, 8 ou près de 10 0/0 avaient été réamputés dans la cuisse.

Delorme (*Gaz. hebdom.*, 1879, p. 702), étudiant les reproches faits à l'amputation tibio-fémorale, fréquence des hémorragies, sphacèle aisé des lambeaux, suppuration du cul-de-sac sous-tricipital et phlegmons profonds de la cuisse, impute ces accidents soit à des fautes opératoires, soit à des irrégularités dans le pansement. Il croit qu'avec des soins attentifs, une antisepsie rigoureuse et au besoin l'occlusion par suture de la bourse synoviale supérieure, on doit, tout en conservant la rotule et ses expansions, obtenir une réunion rapide et un excellent moignon.

Spillmann est surtout partisan de la désarticulation du genou, en raison de la plus grande facilité de la prothèse. Avec ce moignon à large surface, la marche sur un pilon est possible ; la base de sustentation est solide, et les insertions musculaires conservées, par leurs adhérences à la cicatrice, rendent les appareils solidaires des mouvements de la cuisse. Même avec l'atrophie des condyles, même avec un moignon effilé, avec la nécessité de prendre un point d'appui à l'ischion, la marche est plus facile, plus libre que dans l'amputation de la cuisse, parce que le bras du levier est plus long et l'action du droit antérieur en partie conservée. Pour obtenir ce dernier résultat, il est indispensable de conserver la rotule et surtout ses ligaments latéraux, de décortiquer, si je puis dire, l'extrémité supérieure du tibia. Si l'on n'a

pas pris cette précaution, la rotule entraînée remonte à 12 et 15 centimètres, et le droit antérieur reste sans force et sans action. C'est ce qui existait chez l'un des observés de M. Nepveu, chez ce sergent que M. Delorme, en 1879, citait comme un exemple heureux des suites de l'amputation du genou.

En analysant les observations de la guerre d'Amérique, on ne tarde pas à se convaincre que les 189 faits réunis sous cette dénomination d'amputation du genou sont passablement disparates. Dans 129 cas, il n'est pas fait mention des parties enlevées ou ménagées. Sur les 60 cas restant, j'en relève 9 où les condyles fémoraux et la rotule ont été enlevés; 16 où les condyles ont été détachés et la rotule ménagée; 7 où l'on s'est borné à extirper la rotule, et enfin 28 où rotule et condyles ont été conservés. Donc, à côté de désarticulations simples, sont placés des faits d'amputation intra-condylienne. Malgré cette confusion, qui ne permet pas une appréciation exacte, le successeur d'*Otis* dans cette œuvre remarquable, Huntington, constate qu'en général le moignon de désarticulation est aussi bon et peut-être meilleur que celui de l'amputation de cuisse pour porter un membre artificiel. Sur 60 cas, examinés plusieurs années après l'opération, il y avait 40 moignons bons et solides, 20 sensibles, douloureux, ou ne supportant pas un appareil.

Markoé (1868) et Hudson (1878), relevant les opérations pratiquées à New-York pendant plus de 30 ans, mettent sur le même rang l'amputation de la cuisse et la désarticulation du genou, au point de vue de la mortalité; mais cette dernière est pour eux bien supérieure, au point de vue de la prothèse. Hudson ne voit pas de raison pratique ou scientifique pour enlever les condyles fémoraux, naturellement constitués pour supporter le poids du corps.

Il est regrettable que nous ne connaissions pas jusqu'ici les résultats obtenus par les Allemands pendant la guerre de 1870-1871 ; peut-être nous auraient-ils permis de juger définitivement la question en litige. Je souhaite qu'au point de vue des conséquences ultimes des opérations, l'histoire chirurgicale que prépare la division de médecine militaire de Berlin vienne compléter les lacunes de l'œuvre si remarquable d'Otis. Dans un très intéressant travail (*Studien über Künstliche Glieder*, Berlin, 1881) émané de la même source, le médecin-major Karpinski constate que les moignons, après la désarticulation du genou, les opérations de Gritti et de Carden, offrent de grandes difficultés pour la construction d'un membre artificiel. La forme arrondie et en massue des condyles, la longueur de la partie conservée, conditions que l'on considère d'habitude comme favorables à la prothèse,

sont au contraire fort gênantes, car elles ne permettent pas de faire une articulation mobile, et dans le même axe, d'où dégradations rapides de l'appareil. On voit que Karpinski n'est pas partisan de l'appui pris sur l'extrémité même du moignon.

Si Volkmann, sur 21 opérés d'après Gritti, en a vu 11 ou 52 0/0 marcher directement sur leur moignon. Salzmann, sur 79, n'en trouve que 21, soit 27 0/0 ayant un moignon insensible et supportant l'appui. Pour l'amputation dans les condyles de Carden, Kraske, sur 25 opérés de Volkmann, en a relevé 11 sur 44 0/0 dont le moignon donnait les plus belles espérances. En ce qui concerne la désarticulation simple du genou, les données sont insuffisantes pour juger de la valeur du moignon comme support dans la marche.

En somme, Karpinski pense quo l'on s'est beaucoup exagéré la possibilité d'employer comme point d'appui et de support la rotule, les condyles fémoraux, les lambeaux charnus, et même la peau qui recouvre l'extrémité du moignon. Les amputations ostéoplastiques n'ont pas, sous ce rapport, donné ce qu'on en espérait. Pour lui, quelle que soit la conformation et la constitution du moignon, il n'est jamais bon de s'en servir comme d'un unique point d'appui. Il n'en conclut pas, toutefois, de l'abandon de l'amputation du genou, et je crois juste d'imiter sa réserve.

Les deux faits rapportés par M. Nepveu sont des cas malheureux. Ils prouvent, une fois de plus, que la désarticulation du genou ne donne pas toujours un bon moignon pour la prothèse. Mais quelle est l'amputation dont les conséquences sous ce rapport sont constamment heureuses? Certes, ce n'est pas l'amputation de la cuisse, les deux années que j'ai passées aux Invalides me permettent de l'affirmer hautement. Que de moignons coniques, douloureux, ulcérés, n'observe-t-on pas chaque jour; que d'amputés réduits à faire usage des béquilles.

S'il ne nous est pas permis de dire : la désarticulation du genou est une *bonne* opération, il nous est également impossible d'affirmer, avec M. Verneuil, qu'elle est une opération *mauvaise*. Telle est la conclusion qui me paraît ressortir de l'examen impartial des faits.

M. Farabeuf. Notre collègue M. Chauvel vient de défendre la désarticulation du coude et la désarticulation du genou, au point de vue de la léthalité. Malgré l'abondance des documents fournis par notre savant collègue, je reste dans le doute tant les statistiques sont imparfaites et disparates. M. Panas, dans son article genou, donne un succès sur quatre opérations, et Brinton, en 1876,

deux sur trois. D'un côté vingt-cinq succès sur cent, de l'autre soixante-six!

Il y a de quoi rester sur la réserve.

Mais ce n'est pas ce côté de la question que je veux examiner devant vous. D'abord, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de défendre la désarticulation du coude, qui n'a pas été sérieusement incriminée. Aussi, me bornerai-je à la désarticulation du genou. Si M. Chauvel est dans le vrai sous le rapport de la léthalité, j'en serai fort aise, mais la question qui a été posée ici, il me semble, est celle du moignon et de son impotence.

Ce moignon peut être puissant, c'est-à-dire capable, non seulement de mouvoir un appareil, mais encore de supporter constamment la pression du poids du corps. Personne ne l'a nié, on a seulement dit que c'était rare et que cela ne durait pas.

Supposons, je le puis bien, pour un instant, un moignon capable de s'appuyer directement sur le coussin d'un pilon. Et comparons ce moignon à ceux que donnent: 1° l'amputation de jambe près du genou; 2° l'amputation de cuisse près du genou, opération sus-condylienne de Carden; 3° l'amputation de cuisse à la partie moyenne.

Vous pourriez me dire : Que vient faire ici l'amputation de jambe?

Messieurs, la désarticulation du genou a eu ses fanatiques. Hamilton et Stephen Smith n'ont pas craint de la mettre en balance avec les amputations partielles de la jambe. Un moignon de jambe est quelquefois plus embarrassant qu'utile, et je ne parle pas des cas où un tel moignon peut être fixé dans une attitude vicieuse par l'ankylose. Tous ne sont pas capables non plus de supporter le poids du corps sans fatigue, bien que ce ne soit pas le moignon lui-même qui s'appuie, mais la tubérosité antérieure du tibia, la rotule et les condyles. Il s'y développe des hygromas, et l'usage forcé des béquilles ou d'un appareil à point d'appui ischiatique n'est pas des plus rares.

Cependant, je ne crois pas qu'il soit permis de préférer la désarticulation du genou à l'amputation de jambe. J'ai voulu seulement rappeler que celle-ci ne fournissait pas toujours un point d'appui direct indolent.

L'amputation qui, à tous les points de vue, se rapproche le plus de la désarticulation du genou, est l'opération de Carden : c'est la désarticulation avec résection des condyles. Déjà nous avons émis ici des doutes sérieux sur les résultats, au point de vue fonctionnel, de l'opération de Gritti, qui soude la rotule avivée sur le bout du fémur raccourci. Cependant cette opération a aussi ses partisans, qui prétendent qu'on peut marcher sur la rotule dont la largeur

est cependant bien moindre que celle des condyles. Je n'ai jamais compris les avantages de cette opération ostéo-plastique.

Ce que valent les moignons de la simple amputation sus-condylienne de Carden, je n'en sais rien du tout, car vous ne pratiquez pas cette opération. L'occasion de la faire est, du reste, fort rare en temps de paix. C'est, en réalité, avec cette amputation qu'il faudrait comparer la désarticulation du genou au point de vue fonctionnel.

Ce n'est point, en effet, avec l'amputation de cuisse au tiers inférieur ou à la partie moyenne. Le moignon de celle-ci est toujours incapable de transmettre le poids du corps. Rachète-t-il cette infériorité considérable par une indolence constante? Pas le moins du monde. Outre qu'il est quelquefois fixé par les muscles comme un mât par ses haubans, il s'ulcère assez souvent, et, comme M. Chauvel vous disait à l'instant l'avoir vu aux Invalides, le moignon de cuisse peut se montrer non seulement impuissant, mais encore douloureux, même au repos.

On peut reprocher et on a reproché à la désarticulation du genou de laisser un moignon trop long pour que, après l'addition du coussin d'appui, la difformité soit facile à masquer dans un appareil articulé pendant la station assise. Le même reproche pourrait être fait à l'amputation de jambe ordinaire. En effet, si l'on place l'articulation de l'appareil à la hauteur physiologique, le coussin d'appui logé dans sa coquille fera saillie en avant pendant la flexion. Si l'on abaisse cette articulation, la jambe fléchie sera trop courte et la cuisse trop longue.

Si l'opération de Carden donne un moignon utilisable pour l'appui direct, elle l'emporte, mais elle seule, sur la désarticulation du genou, à tous les points de vue, car le moignon n'est plus trop long, et l'est encore assez pour mouvoir avec facilité et en tous sens l'appareil prothétique. On sait que, toutes choses égales d'ailleurs, les amputés de cuisse dirigent d'autant mieux leur appareil que leur moignon est plus long. Skay, un des premiers en Angleterre, a insisté sur la conservation du muscle fléchisseur droit antérieur.

Quand même le moignon de la désarticulation et celui de Carden seraient incapables de supporter le poids du corps, ce qu'on n'ose jamais réclamer d'un moignon de cuisse, ils n'en resteraient pas moins supérieurs à ce dernier, en raison de leur longueur, pourvu qu'ils fussent à peu près aussi souvent que ce dernier indolents et mobiles.

Je pense donc que le moignon de la désarticulation, quand il est indolent et puissant par le bout, c'est-à-dire capable de supporter le poids du corps, est *supérieur* au moignon de cuisse ; que lors-

qu'il est simplement indolent et réduit au seul pouvoir de manœuvrer un appareil à point d'appui ischiatique, il est encore *au moins égal* au moignon de cuisse, et qu'enfin il n'est *inférieur* à ce dernier que lorsqu'il est douloureux, ulcéré, impotent.

Reste à savoir quelle est la fréquence de ce dernier état et quelles en sont les causes, car elles peuvent tenir à l'*opération* et à l'*opérateur*.

La désarticulation du genou a de grandes exigences sous le rapport des téguments. Les muscles fémoraux intéressés, coupés très près de leur insertion inférieure, se rétractent considérablement ; l'énorme squelette ne peut être enveloppé que de peau. Celle-ci est, il est vrai, habituée à la distension et à la fatigue ; mais il en faut garder beaucoup pour qu'elle reste plissée, *surabondante* et *mobile*, au lieu d'être tendue et comme fusionnée avec la surface même des condyles. La réunion rapide s'impose, aidée d'une compression totale du membre et d'une immobilisation temporaire de l'articulation coxo-fémorale.

J'ai vu de bons et de mauvais moignons, et j'ai écrit que les trois premiers que j'avais vus avaient fini par refuser le service. Aucun n'avait des téguments suffisants. A tous, on avait essayé de faire supporter maintenant et toujours le poids du corps.

Je demande si l'on a vu un moignon de genou, primitivement bon et traité avec ménagement, devenir mauvais non par la fatigue permanente de l'appui direct, car cela doit et peut arriver, mais par le simple travail latéral réclamé des moignons de cuisse ordinaires.

Si les mauvais moignons de genou, quand ils ont conservé la rotule, la présentent remontée à 10, 12, 15 centimètres devant le fémur, c'est que l'opérateur a détruit les ligaments latéraux de cet os. Sans cela, la rotule n'irait pas si haut, contribuant ainsi à l'application malheureuse des téguments sur les condyles.

Non seulement, en effet, il faut garder beaucoup de peau, mais encore il faut ménager toutes les adhérences qui peuvent retenir sa face profonde attachée au pourtour des condyles. On le peut, même en énucléant la rotule.

Mais ce n'est point le moment de traiter un point de médecine opératoire. Je dirai seulement que c'est Baudens qui a bien indiqué le lieu où il fallait couper la peau en avant : je n'ai fait que préciser davantage. Sa méthode elliptique très peu oblique, 30°, n'est praticable sur les sujets un peu gras ou œdématiés qu'avec une ou deux incisions adjuvantes. Stephen Smith a recommandé une raquette à queue postérieure, et vous avez dans votre bibliothèque l'ouvrage de Bryant qui contient le dessin d'un très beau moignon obtenu par ce procédé, qui, de même que l'ellipse de Bau-

dens et le lambeau antérieur très fréquemment employé, utilise pour couvrir les condyles les téguments antérieurs vivaces et habitués à la fatigue.

Quelle que soit la coupe adoptée, il faut qu'il y ait trop de peau en avant et sur les côtés, assez de peau et de chairs en arrière. La cicatrice doit être tout à fait postérieure, flottante si c'est possible, à distance de l'appui.

Et maintenant, qu'on nous montre une série, si petite qu'elle soit, de désarticulations bien faites ayant donné des moignons primitivement bien conformés, c'est-à-dire garnis de téguments surabondants et mobiles avec cicatrice postérieure linéaire, non ou peu adhérente, éloignée de la surface osseuse; qu'on nous montre, dis-je, une série de tels moignons devenus pires qu'un moignon de cuisse et la désarticulation du genou sera condamnée; mais pas avant. Par moignons pires, j'entends non pas ceux qui ne peuvent fournir l'appui direct, mais ceux qui, traités avec ménagement, sont néanmoins devenus incapables de mouvoir le cuissard ordinaire.

Mais si, bien faite, l'opération réussit à nous donner de temps en temps un moignon tolérant l'appui, toujours un moignon au moins capable de bien manœuvrer le cuissard, eh bien, on ne pourra plus dire contre la désarticulation du genou qu'une parole: une opération qui a besoin d'être bien faite est une mauvaise opération!

M. Polaillon. J'ai présenté en 1881, à la Société, un malade auquel j'avais pratiqué la désarticulation du genou pour une ankylose rectiligne. Les résultats de l'opération ont été des plus favorables, et le malade marchait parfaitement sur un pilon.

Rapport.

Sur un travail de M. le Dr Dransart (de Somain), intitulé : *Du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique oculaire et, en particulier, de son association avec le chloroforme :*

par M. Terrier.

Messieurs, le 3 décembre 1884, j'ai été chargé de vous faire un rapport sur une note adressée à la Société par M. le Dr Dransard (de Somain).

Dans une première série d'opérations, dont : trois sclérotomies, trois extractions de corps étrangers de la cornée et une opération

de cataracte, M. Dransart a constaté, comme tant d'autres, l'anesthésie de la cornée après les instillations du chlorhydrate de cocaïne.

Dans l'opération de la cataracte seule, l'iridectomie a été pénible, désagréable, suivant l'expression de l'auteur, ce qui n'a rien qui puisse surprendre.

Toutes ces opérations ont été faites après instillations de cinq à six gouttes de solution à 2 0/0 et cinq minutes d'attente.

. Du reste, en utilisant une solution plus concentrée à 5 0/0 et en n'employant que trois à quatre gouttes de cette solution, M. Dransart aurait pu abréger le temps d'attente nécessaire pour que l'anesthésie soit complète et le réduire à trois ou quatre minutes, comme nous l'avons toujours constaté depuis notre communication à la Société de chirurgie.

Sur quatre opérations de cataracte combinées à l'iridectomie que nous avons faites depuis lors, avec le secours de la cocaïne, deux fois les patients avaient été déjà opérés, l'un par le professeur Panas et sans iridectomie, l'autre par moi et avec iridectomie. Or, dans ces deux cas, les opérés affirmèrent avoir moins souffert pendant cette seconde opération que pendant la première. La troisième cataracte fut enlevée chez une vieille femme cachectique, qui ne se plaignit qu'au moment de la section de l'iris. Chez cette femme, se développèrent des accidents d'iritis à forme grave, aujourd'hui calmés mais ayant entraîné une oblitération pupillaire pseudo-membraneuse. Or, depuis l'installation de cocaïne jusqu'à aujourd'hui, la cornée est restée insensible, fait curieux à signaler.

Trois corps étrangers de la cornée furent enlevés par mes internes et par moi, sans que les blessés aient ressenti la moindre douleur. Dans le fait qui m'est personnel, il m'a suffi de deux gouttes de la solution de 5 0/0 et d'*une* minute et demie d'attente pour anesthésier la cornée.

Dans un cas d'iridectomie, l'anesthésie fut obtenue en deux à trois minutes avec quatre gouttes de solution. La préhension et la section de l'iris furent seules douloureuses, comme ce paraît être la règle.

On s'est donc efforcé de trouver un moyen d'anesthésier l'iris et on a proposé, soit comme M. Meyer[1], l'instillation de la solution de chlorhydrate de cocaïne dans la chambre antérieure, soit comme le veut M. Dransart, la combinaison de l'anesthésie locale de la cocaïne avec l'anesthésie générale par le chloroforme.

Un mot d'abord sur la première proposition, nous l'avons expérimenté trois fois :

[1] *Revue générale d'ophtalmologie*, octobre 1884.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme atteint d'iritis double avec glaucome chronique à droite; c'était un syphilitique. On instille dans les deux yeux cinq gouttes de la solution de chlorhydrate de cocaïne.

Du côté gauche, l'anesthésie de la cornée fut obtenue en quatre minutes, et sa section avec le couteau de von Græfe ne fut pas sentie. On instilla alors quelques gouttes de cocaïne dans la chambre antérieure, et, malgré cette instillation, le tiraillement et la section de l'iris furent très douloureux.

A droite, je n'opérai que treize minutes après l'instillation, et la cornée fut un peu sensible à la section. Celle-ci faite, j'instillai quelques gouttes de solution dans la chambre antérieure, et j'attendis quatre minutes avant de faire l'iridectomie. Malgré cela, la préhension et la section de l'iris provoquèrent de vives douleurs. En détachant l'iris adhérent à la capsule, celle-ci se déchira, et le cristallin s'offrit de lui-même entre les deux lèvres de la plaie, d'où il fut enlevé. Le nettoyage du champ pupillaire fut facile par suite de l'anesthésie de la cornée. Enfin, devant établir de ce côté une large pupille, j'ajoutai à l'iridectomie une iridotomie qui fut encore douloureuse.

Donc, malgré l'instillation de cocaïne dans la chambre antérieure, l'iridectomie et l'iridotomie furent successivement très douloureuses, alors que la cornée était insensibilisée par une instillation qui datait de plus de treize minutes.

Dans le second cas, il s'agissait de faire une pupille artificielle optique pour un leucome cornéen. Trois minutes et demie après l'instillation, il y avait une anesthésie parfaite, permettant de saisir le globe avec la pince à fixation et d'inciser la cornée. Ceci fait, l'iris faisant hernie à l'extérieur de la plaie, j'instillai de nouveau trois gouttes de cocaïne et j'attendis quatre minutes. Or, la préhension de l'iris et sa section n'en furent pas moins très douloureuses.

Il paraît probable que la cocaïne, ou plutôt son chlorhydrate, agit surtout sur les terminaisons nerveuses de la cornée, des muqueuses, voire même de la peau, mais elle ne paraît pas avoir d'action rapide sur les nerfs eux-mêmes. C'est un point à étudier encore.

Pour obtenir l'anesthésie irienne, il fallait donc chercher autre chose, et M. Dransart a cru trouver la solution de ce problème en proposant de combiner l'action locale de la cocaïne à l'action générale du chloroforme.

Je rappelle d'abord ses observations, car elles me semblent fort discutables :

1° *Cataracte* zonulaire; anesthésie à la cocaïne, suivie d'une

minute et demie de chloroformisation. Le sujet est endormi (?) et l'opération a lieu sans douleur;

2° *Iridectomie;* cinq à six gouttes de cocaïne et une minute et demie de chloroformisation. Le malade n'a pas perdu connaissance. La section de l'iris est désagréable, c'est-à-dire douloureuse, mais supportable;

3° *Iridectomie;* cocaïne et une minute et demie de chloroformisation. « La section de l'iris produit seule une sensation désagréable, » mais est supportable. Le sujet avait été iridectomisé huit jours auparavant, sans cocaïne ni chloroforme, et avait peu souffert, ce qui s'explique facilement, la cornée et la conjonctive n'étant pas anesthésiées;

4° *Iridectomie;* cocaïne et une minute et demie de chloroforme. Pas de perte de connaissance. L'opération est désagréable, mais supportable;

5° *Iridectomie;* mêmes résultats;

6° *Énucléation du globe;* cocaïne et deux minutes de chloroforme au lieu d'une et demie. Perte de connaissance. La section des tendons et du nerf optique est douloureuse.

De cette série d'observations, M. Dransart conclut que cocaïne et chloroforme donnent une demi-anesthésie de l'iris bonne à utiliser.

J'avoue ne pas partager l'opinion de l'auteur, et voici pourquoi: ses cinq premières observations prouvent que l'iridectomie est douloureuse, mais supportable. Le premier cas ferait seul exception, car, d'après l'auteur, une minute et demie d'inhalation aurait suffi pour endormir le patient, ce qui me semble des plus extraordinaires.

M. Dransart qualifie, il est vrai, de désagréable, la sensation perçue par ses opérés lors de l'iridectomie, mais on peut remarquer qu'il s'agit d'une question d'appréciation due non au malade, mais au chirurgien, ce qui n'est pas la même chose.

Enfin, pour notre compte, nous avons expérimenté deux fois le *modus faciendi* de M. Dransart, et nos résultats ont été tout autres. Voici ces faits, ils datent du 14 février:

L. A., 36 ans. Iritis syphilitique. Adhérences à gauche nécessitant l'iridectomie.

On instille quatre gouttes de solution à 5 0/0, trois minutes après anesthésie parfaite de la cornée. Pendant deux minutes, je donne du chloroforme, ce qui provoque un peu de suffocation et de toux, mais pas l'ombre d'anesthésie.

La section de la cornée est à peine sentie, mais le tiraillement et surtout la section de l'iris déterminent une vive douleur.

L'anesthésie de la cornée persistait au moment du pansement, soit au bout de dix minutes.

Ch... Louise, 70 ans. Atteinte de glaucome des deux yeux. L'iridectomie est faite pour diminuer les douleurs qui sont vives. La malade est fort pusillanime. Instillation de quatre gouttes de cocaïne à 5 0/0 dans chaque œil. Deux minutes et demie après, l'anesthésie des cornées est complète des deux côtés. On fait des inhalations de chloroforme pendant deux minutes, qui, vu l'état d'emphysème de la malade, la suffoquent et la font tousser, mais n'amènent aucune anesthésie. On place le blépharostat du côté gauche, la malade se plaint un peu ; la ponction de la cornée est un peu douloureuse; toutefois sa section se fait sans douleurs.

La préhension de l'iris et sa section font pousser des cris affreux à cette malheureuse femme.

Nous passons à l'œil droit, la ponction est à peine tentée, la section de la cornée est indolore. Enfin le tiraillement et la résection de l'iris sont moins pénibles que du côté gauche.

En fait, la combinaison de la cocaïne et d'une chloroformisation d'une ou de deux minutes ne donne même pas une demi-anesthésie de l'iris. J'ajouterai qu'en soumettant un malade aux exhalations de chloroforme, ne serait-ce que pendant une ou deux minutes, on l'expose à certains dangers, sans en retirer le moindre avantage. Le plus souvent, en effet, les malades seront un peu surexcités, agités, comme cela arrive au début des inhalations. Tous les chirurgiens savent cela, je n'y insiste donc pas ; de plus on a cité, et j'en ai observé un cas, des accidents mortels survenus dès le début des inhalations de chloroforme, par suite de syncope.

Dans l'analyse des observations relatées brièvement par M. Dransart, j'ai laissé essentiellement de côté la dernière, celle qui a trait à une *énucléation du globe.*

Ici, il ne s'agissait plus de l'anesthésie de l'iris, mais de celle de la conjonctive, du tissu cellulaire sous-jacent, des nerfs et des muscles orbitaires.

L'auteur a utilisé toujours son système sous la cocaïne et deux minutes de chloroformisation. Or, si la dissection de la conjonctive fut facile, la section des muscles et des nerfs fut douloureuse.

Cela n'a certes rien d'étonnant ; toutefois nous sommes tentés d'admettre que, grâce aux instillations de cocaïne, on peut disséminer très notablement la sensibilité de ces diverses parties, cela résulte même de notre expérience sur une jeune fille à laquelle nous avons pratiqué la strabotomie.

Mlle X..., âgée de 12 ans, avait été opérée par moi de strabotomie du droit interne de l'œil droit, et j'avais eu recours à l'anesthésie générale chloroformique.

La seconde opération, faite à gauche, fut pratiquée trois minutes après une instillation de cinq gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0.

L'application du blépharostat fut des plus faciles, et la conjonctive, entièrement anesthésiée, fut saisie avec la pince à fixation. La section de la conjonctive, celle du tissu cellulaire sous-jacent, ne donna lieu à aucune douleur. Seule, la recherche du tendon avec le crochet et sa section provoquent quelques réflexes, mais sans douleur, au dire de l'enfant.

Lorsqu'on fit le pansement, c'est-à-dire onze minutes après instillation du chlorhydrate de cocaïne, l'anesthésie conjonctivo-cornéenne était encore complète.

On voit donc que chez une enfant j'ai pu sans peine pratiquer la strabotomie, après instillation de cocaïne, résultat obtenu par d'autres et qui peut faire espérer que par des instillations soit répétées, soit d'une plus forte dose de substance, on pourra arriver à pratiquer l'ablation du globe sans anesthésie générale.

Un mot encore en terminant, à propos de l'influence que peut avoir la cocaïne lors de l'inflammation des parties sur lesquelles on la fait agir.

Dans une première communication à cette Société, j'ai constaté que l'anesthésie cornéenne s'obtenait alors que la cornée était elle-même malade et enflammée.

Le fait a été vérifié depuis, et M. Dransart l'a remarqué à propos d'un malade chez lequel une paillette de fer incrustée dans la cornée avait déterminé des phénomènes de kérato-iritis. Toutefois, lorsqu'on a affaire à des yeux malades depuis un certain temps, il nous a semblé que l'anesthésie obtenue restait incomplète.

Nous l'avons observé tout récemment dans un cas de cyclite subaiguë. Malgré l'instillation de cinq gouttes de solution de cocaïne, l'anesthésie conjonctivale et cornéenne fut incomplète, aussi le placement du blépharostat, la fixation du globe et la section de la cornée furent senties par la malade. L'excision de l'iris fut aussi douloureuse.

Certes, les douleurs furent moindres que dans l'anesthésie due à la cocaïne, mais elles ne furent pas supprimées, ce qui offre un grand intérêt.

Vous me pardonnerez, messieurs, ces quelques digressions sur l'action du chlorhydrate de cocaïne, elles me semblent justifiés par la nouveauté du sujet et par son importance clinique.

En terminant, messieurs, je vous propose de déposer le travail de M. Dransart aux archives et de lui adresser des remerciements.

Discussion.

M. Nicaise. Aux faits contenus dans le rapport de M. Terrier, j'en ajouterai un sur l'emploi de la cocaïne dans l'opération du ptérygion. J'ai opéré dernièrement un malade qui portait un ptérygion allant de la caroncule lacrymale au centre de la cornée. Après avoir instillé dans l'œil 7 à 8 gouttes d'une solution de cocaïne à 2 0/0, je procédai à la dissection du ptérygion, six minutes après l'instillation, et je fis ensuite la suture des lèvres de la plaie conjonctivale. L'opération ne fut pas sentie par le malade, malgré la durée de dix minutes environ. J'ajouterai que la solution de cocaïne n'a gêné en rien la guérison par première intention.

M. Chauvel. Dans les cas assez nombreux où je me suis servi de la cocaïne comme moyen anesthésique, j'ai fait les mêmes observations que M. Terrier. L'insensibilité est complète, pour la conjonctive et la cornée. Pour les parties plus profondes : iris, muscles de l'œil, sclérotique, la sensibilité persiste, et j'ai vu mes malades se plaindre assez vivement pendant le détachement d'un ptérygion, pendant la traction exercée par le crochet de strabisme sur le tendon du muscle droit interne.

M. Terrier. La cocaïne déterminant l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elle donne d'excellents résultats dans l'extirpation du ptérygion.

Quant à M. Chauvel, je conçois que son malade ait ressenti quelque douleur lors de la section du tendon du muscle droit. Toutefois, étant donné mon expérience, je crois que cette douleur est de beaucoup diminuée.

Les conclusions du rapport de M. Terrier sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

M. Terrillon présente un malade âgé de 55 ans, qui porte *à la paume de la main*, au niveau du sillon de flexion de l'annulaire, une affection qui a tous les caractères du *mal perforant*. — Épaississement circulaire de l'épiderme. — Fente profonde au centre de l'épaississement.

Plus profondément on aperçoit une surface saignante qui est située au fond de l'entonnoir formé par l'épaisseur épidermique et dermique.

De chaque côté de cette surface saignante, on trouve un décollement facile à constater avec le bord d'un stylet. — La région est vaguement anesthésiée.

Le malade, marchand d'escargots, a les mains calleuses, mais sans aucune crevasse profonde.

Cette affection a apparu au mois de novembre dernier, après la formation d'un durillon qui a commencé au mois de septembre.

Il se fit alors une ulcération profonde qui guérit après deux mois. La guérison dura six semaines, et depuis le mois de janvier, ce malade porte l'ulcération présente, qui ne put se guérir par aucun moyen. Il faut ajouter que ce malade est atteint d'un tabes dorsalis au début, avec douleur des jambes, lésions oculaires et fourmillements douloureux dans les deux bras du côté du nerf cubital.

Le mal perforant palmaire pourrait donc être considéré comme étant un mal trophique au même titre que le mal perforant plantaire, qui n'est pas rare dans l'ataxie locomotrice. Cette observation, peut-être unique, mérite donc d'être publiée.

Discussion.

M. Nicaise ne partage pas l'opinion de M. Terrillon : il pense qu'il s'agit ici d'un durillon fissuré, par suite des mouvements de flexion et d'extension, et qu'on ne doit pas établir de comparaison avec le mal perforant proprement dit.

M. Terrillon a hésité tout d'abord avant de formuler son diagnostic, mais il le maintient en raison de ce qu'il existe épaississement épidermique et dermique, décollement, existence de parties saignantes et anesthésie périphérique.

M. Nicaise. C'est justement parce qu'il y a hypertrophie du derme et de l'épiderme que j'ai émis des doutes. Dans le vrai mal perforant, il y a au contraire atrophie de ces tissus, destruction du derme et perforation.

M. Terrillon ajoute que M. Charcot a porté le diagnostic du mal perforant palmaire.

Présentation de malade.

M. Pozzi présente une malade à laquelle il a extirpé de *volumineux ganglions carotidiens*, il y a aujourd'hui vingt jours. — Ces

ganglions formaient depuis un an une masse du volume d'un œuf de dinde, située au-dessous de la moitié supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. Un petit abcès superficiel s'était fait jour peu de temps auparavant, mais la masse profonde n'offrait aucun symptôme d'inflammation et aucun signe d'adhérence profonde. La malade demandait avec instance l'opération. Elle ne présente pas de tuberculose pulmonaire.

Une incision longue de dix centimètres, ayant sensiblement la direction de l'interstice idéal qui sépare en haut le chef claviculaire du chef sternal, est faite sur la partie la plus saillante de la tumeur. Elle est tout entière sous-musculaire appliquée contre les gros vaisseaux du cou. Deux ganglions du volume d'une noisette sont d'abord énucléés avec les ciseaux courbes et la spatule. Un troisième de même volume s'écrase et laisse échapper du pus verdâtre ; on enlève avec soin ses débris. Restait un quatrième ganglion gros comme une amande verte immédiatement accolé à la veine jugulaire et assez adhérent à ce vaisseau. Pourtant, on peut l'en séparer avec précaution à petits coups de ciseaux courbes et avec la spatule. Une veinule pénétrant dans le ganglion est arrachée et donne un jet de sang noir mais saccadé, vu les pulsations communiquées par la carotide voisine.

Un petit amas de ganglions très superficiels, situé sur le bord antérieur du cléido, est ensuite gratté et enlevé ; il était tout à fait indépendant de la masse profonde, et c'est lui qui avait donné le petit abcès spontanément ouvert.

La cavité considérable sous-sterno-cléido-mastoïdienne présentait sur sa face profonde la veine jugulaire qu'on voyait se gonfler à chaque inspiration.

Lavages à la solution phéniquée *faible* (20 p. 1,000) pour ne pas altérer les parois veineuses. — Drainage du cul-de-sac situé au fond de la plaie avec un drain qui ressort par une contre-ouverture à trois travers de doigts au-dessous de l'angle inférieur de la plaie.

Suture exacte par un double étage de sutures; pansement de Lister au-dessus duquel on place des éponges pour exercer de la compression.

Immobilité de la tête et du cou assurée par une attelle en carton en T dont la double branche horizontale embrasse la tête, et la branche verticale assez longue descend le long du rachis. Des bandes en 8 de chiffre entourant la tête et la poitrine et se croisant sur le côté du cou assurent la contention parfaite.

Fièvre pendant 2 jours. — Dysphagie. — Au bout de ce temps, la réaction cesse. Le 1er pansement montre que le tube a laissé évacuer une abondante sérosité sanguinolente.

Les premières sutures sont enlevées le 3e jour; les autres le 5e jour. Réunion primitive parfaite. — On maintient un peu de compression pendant 12 jours. Puis tout pansement est enlevé. La cicatrisation est parfaite, sauf un léger suintement du trajet du drain.

M. Pozzi montre l'un des ganglions enlevés (le 3e); il offre la plus grande analogie pour l'aspect extérieur avec un testicule tuberculeux: on y voit des masses caséeuses disséminées.

Il insiste sur ces divers points:

1° La profonde altération, la désorganisation caséeuse et même purulente des ganglions ne provoquant aucune réaction de voisinage;

2° La nécessité de ne pas faire le lavage de la plaie au fond de laquelle sont la jugulaire et la carotide avec une solution antiseptique très forte, pouvant altérer la paroi des vaisseaux;

3° L'utilité très grande d'une immobilité absolue de la région opérée obtenue par une attelle en T embrassant la tête;

4° L'innocuité de ces opérations, grâce à la réunion immédiate sur un drain bien placé, à l'antisepsie et à la compression.

M. Pozzi a pratiqué depuis un an cinq de ces opérations avec le même succès.

Présentation de malade.

M. Terville, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Desprès, un malade atteint et guéri de fracture de la rotule par la compression simple sans aucune intervention opératoire.

Cet homme, âgé de 74 ans, fit une chute sur le genou le 27 décembre dernier. Le genou porta sur un pavé. Le malade fut amené à la Charité le 28.

On constata une fracture de la rotule avec épanchement très abondant dans le genou. Pour activer la résorption de cet épanchement, M. Després entoura le membre d'un bandage ouaté compressif et plaça le membre dans une position élevée.

Le 3 janvier 1885, ce bandage compressif fut remplacé par un appareil silicaté qui resta en place jusqu'au 12 février. A cette époque; on mit simplement une bande roulée.

La réunion des fragments a été faite par un cal fibreux très serré ou peut-être même osseux.

M. Després présente ce malade comme un exemple de cal aussi

bon que possible, obtenu malgré une hémohydarthrose considérable sans ponction et sans application de vésicatoire.

Présentation d'instrument.

M. Championnière présente une *pince de 2 griffes pour fixer la langue*. — Beaucoup d'entre nous font fixer la langue pendant l'anesthésie ; cette pratique est d'autant plus nécessaire que le chloroforme n'est pas toujours d'excellente qualité. Ayant reconnu que la pince à quatre griffes est difficile à placer et à retirer, que quatre plaies sont choses inutiles et sensibles, j'ai fait construire par M. Collin cette pince qui présente deux griffes d'un côté, une plaque avec deux petites tubulures de l'autre.



Elle nous a paru très commode pour fixer la langue et pour divers autres usages. M. Berger l'a déjà modifiée avantageusement en faisant ouvrir les deux tubulures sur le côté, ce qui permet de la nettoyer plus facilement.

Au cours de la séance, M. le président a déclaré la vacance d'une place de membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
Gillette.

Séance du 18 mars 1885.

Présidence de M. Duplay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le 1er numéro des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* pour l'année 1885 ;

3° L'article Grenouillette, extrait du *Dictionnaire encyclopédique*, par M. Chauvel ;

4° Étude sur les luxations scapulo-humérales compliquées de fracture de la partie supérieure de l'humérus, par M. le Dr Oger ;

5° Observations de taille hypogastrique et d'anthrax malin, par M. le Dr Bois (d'Aurillac). (MM. Sée, de Saint-Germain et Perier, rapporteur.)

Rapport.

M. Ch. Monod lit un rapport sur un travail intitulé :

Étude expérimentale sur la position des corps étrangers de forme allongée dans la vessie, par M. Henriet.

M. Henriet vous a communiqué récemment le résultat des expériences qu'à l'instigation de M. Guyon il a entreprises pour déterminer la position occupée dans la vessie par certains corps étrangers de forme déterminée.

Je viens, au nom d'une commission composée de MM. Polaillon, Bouilly et Monod, rapporteur, vous indiquer les principales conclusions du travail de notre confrère, ainsi que les déductions pratiques qui découlent de cette intéressante étude expérimentale.

Les recherches de M. Henriet datent de 1878. Il en a différé jusqu'ici la publication, voulant, comme il le dit lui-même, laisser à l'observation clinique le temps de consacrer les données fournies par l'expérimentation cadavérique.

Ce jour est venu. Dans une leçon faite l'an dernier à l'hôpital Necker, M. le professeur Guyon a montré le parti que le chirurgien pouvait tirer des expériences fort bien conduites de M. Henriet; il a établi que les faits mis en lumière par son élève étaient absolument d'accord avec ceux qu'il avait lui-même observés sur le vivant[1].

I. — C'est bien souvent un problème vraiment ardu et dont la solution pratique est hérissée de difficultés, que celui de la recherche et de l'extraction des corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie.

On croit trop volontiers qu'il suffit pour le résoudre de s'armer de l'un de ces instruments ingénieux que l'habileté de nos fabricants met à notre disposition; et l'on oublie qu'à l'envisager de la sorte, on n'aborde la question que par l'une de ses faces.

Il est trop clair que l'on devrait, au contraire, et avant tout, soit par les renseignements donnés par le malade, soit par l'exploration directe, s'efforcer de connaître exactement la forme, le volume de consistance du corps étranger, les modifications qu'il a pu subir depuis son introduction, la situation exacte qu'il occupe. — Déjà dans un précédent travail, dont j'ai eu aussi à vous rendre compte, M. Henriet insistait sur les changements de consistance qu'un séjour prolongé dans la vessie pouvait faire subir au corps étranger. Fatalement, il s'incruste de sels calcaires. Il résulte de ce fait que le lithotriteur est, dans certains cas, le meilleur des *extracteurs;* que, du moins, le broiement de la coque calcaire doit être le premier acte de toute tentative d'extraction.

Aujourd'hui il attire votre attention sur un autre point, celui de la situation que certains corps étrangers occupent de préférence dans la vessie. Il a surtout en vue, dans son travail, les corps allongés et rigides. Nous verrons que de ses expériences, rapprochées des remarques faites au lit du malade, M. Guyon ne peut encore tirer des notions importantes sur la position occupée par les corps arrondis.

On sait que pour les premiers en particulier, l'exploration instrumentale ne donne que des renseignements bien incomplets. En tout état de cause, d'ailleurs, il serait précieux pour le chirurgien

[1] GUYON, De l'extraction des corps étrangers de la vessie chez l'homme (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1884, avril, t. II, p. 201).

de savoir d'avance dans quel point de la vessio il devra surtout diriger ses recherches, de façon à éviter des tâtonnements inutiles et souvent dangereux.

M. Guyon se préoccupait depuis longtemps de cette question, il se demandait si dans la vessie, organe contractile comme l'utérus, le corps étranger n'était pas soumis à certaines lois d'accommodation l'amenant fatalement dans une position déterminée, lois analogues à celles auxquelles obéit le fœtus dans la cavité intérieure.

Les expériences de M. Henriet ont montré que pour les corps allongés, du moins, cette prévision était absolument juste.

II. — Ces expériences sont de deux ordres. Dans une première série, M. Henriet cherche à se rendre compte des changements que subissent les trois diamètres de l'organe, le vertical, l'antéro-postérieur et le transverse, lorsque la vessie se remplit ou qu'elle se vide. Dans une seconde série, il examine *de visu,* et dans les mêmes conditions de plénitude et de vacuité, la position occupée par les corps étrangers allongés et rigides préalablement introduits dans la vessie.

Le point capital qui ressort de cette double étude est que des trois principaux diamètres de la vessie, il en est un, le diamètré transverse, qui reste pour ainsi dire invariable, quel que soit le degré de distension ou d'effacement de l'organe. Seul, il est permanent, tandis que les deux autres ne deviennent réels quo lorsque la vessie se remplit.

La distension de la vessie se fait surtout aux dépens des diamètres vertical et antéro-postérieur. Le diamètre transversal ne s'allonge que de 2 à 3 centimètres. Par contre, lorsque la vessie se vide, les deux diamètres vertical et antéro-postérieur s'effacent complètement, tandis que le diamètre transversal conserve une longueur de 6 à 7 centimètres.

M. Guyon était arrivé, par l'observation clinique, à la même notion. « Dans la vessie la plus rétractée, la plus revenue sur elle-même, disait-il dans une intéressante leçon sur la physiologie de la vessie [1], l'instrument explorateur ou broyeur a toujours une très réelle liberté dans le sens du diamètre transversal. On peut l'incliner, le coucher à droite et à gauche, alors qu'il est difficile de le pousser profondément et surtout de le retourner. On peut même dire que dans certains cas difficiles où l'on reste engagé dans la traversée d'une région prostatique dont les dimensions sont exagérées par l'hypertrophie de la glande, c'est à la très grande dif-

[1] *Gazette hebdomadaire*, 1884, n° 52, 1885, n°s 1 et 2.

ficulté ou à l'impossibilité de l'exécution des manœuvres que l'on reconnaîtra que l'on n'est pas dans la vessie. Lorsqu'on entend dire : « J'ai fait l'exploration, mais je ne puis rien affirmer, parce « que la vessie m'a serré de toutes parts, » on peut être assuré que celui qui tient ce langage n'est pas entré dans la vessie. Quel que soit l'état de la vessie, l'instrument peut toujours se mouvoir tout au moins dans le sens transversal [1]. »

Cliniquement et expérimentalement, le fait est donc établi. Il est une région de la vessie qui reste *cavitaire*, quel que soit le degré de l'effacement apparent de l'organe. Cette région correspond au diamètre transverse. Elle est située, dans les cas de distension moyenne, environ à égale distance entre le sommet de la vessie et sa limite inférieure, un peu plus près cependant de cette dernière. A mesure que la vessie se vide, le diamètre vertical s'efface, le diamètre transverse se rapproche du col. C'est au niveau du col, en somme, que la cavité vésicale conserve toujours des dimensions appréciables.

On peut considérer la région que nous venons de définir comme une sorte de réceptacle à diamètre constant, où doivent à coup sûr se réfugier les corps allongés, inflexibles, dont la longueur ne dépasse pas celle du diamètre transverse.

III. — M. Henriet a vérifié expérimentalement le bien fondé des déductions précédentes. Tel a été, comme nous le disions plus haut, l'objet de la seconde série d'expériences.

Il introduisait dans la vessie, soit par la verge, soit par une boutonnière périnéale, des corps rigides, mais à extrémité mousse (fragments de sonde, bouts de bois, tiges de métal, tubes en verre, tuyaux de pipe, etc.), d'une longueur variant de 6 centimètres au moins, à 12 ou 13 centimètres au plus. Il modifiait ensuite la capacité vésicale, en laissant peu à peu écouler son contenu, ou en l'augmentant par une injection graduelle, et cherchait à se rendre compte, soit à l'aide du toucher rectal et du cathétérisme, soit de préférence par une fenêtre pratiquée à la paroi abdominale, de la position prise par les corps en expérience.

Voici ce qu'il a observé :

Lorsque la vessie est très distendue, le corps étranger peut y prendre toutes les positions, de telle sorte que sa direction, indéterminée et variable avec les mouvements de viscères, ne saurait être prévue.

Il en est tout autrement lorsque la vessie revient sur elle-même. Par suite de l'effacement graduel des deux diamètres vertical et

[1] GUYON, Physiologie de la vessie (*Gazette hebdomadaire*, 1885, n° 2, p. 19).

antéro-postérieur, le corps étranger prend nécessairement la direction du diamètre transversal, qui, seul, reste permanent, et auquel il *s'accommode.*

Or, a distension moyenne étant l'état habituel de la vessie, on peut poser la règle générale que *les corps étrangers, rigides et allongés, qui y sont introduits, tendent à se placer transversalement.*

On peut ajouter, comme l'a très bien fait remarquer M. Guyon, qu'ils seront d'autant plus près du col, que leur présence sera moins bien supportée. Provoquant en effet des mictions fréquentes, ils forceront la vessie à se vider. Or, nous avons vu que, dans ces conditions, le diamètre transverse descend et se met au niveau du col.

Le corps allongé et rigide se placera donc *dans le sens transversal; il sera, en outre, près du col.*

La loi qui précède ne se vérifie que si la longueur du corps n'excède pas 6 à 7 centimètres. Lorsqu'elle atteint 8 à 9 centimètres, c'est-à-dire lorsque sa dimension dépasse celle du diamètre transverse, il devra nécessairement prendre une direction plus ou moins oblique et même verticale, si sa longueur l'exige.

IV. — De ces données découlent diverses conséquences pratiques qui ont été bien mises en lumière par M. Guyon.

Celle-c id'abord, qu'il n'y a aucun avantage et bien au contraire de réels inconvénients à distendre la vessie par une injection abondante lorsque l'on veut procéder à la recherche et à l'extraction d'un corps allongé. Celui-ci, devenu mobile, prendra les positions les plus variables ; le chirurgien ne saura vers quel point il doit de préférence diriger ses recherches. Les conditions sont tout autres et évidemment plus favorables dans une vessie en distension moyenne dans laquelle le corps étranger se fixe dans une situation qui peut être prévue. Nous n'insistons pas sur ce point, qui ressort évidemment de tout ce qui précède.

D'autre part, puisque les corps étrangers de forme spéciale dont il est ici question tendent à prendre en général une direction transversale, il est clair que l'instrument extracteur pénétrant dans la vessie devra les saisir en leur milieu, c'est-à-dire dans une position suivant iaquelle leur sortie est impossible.

On pourra bien, il est vrai, en inclinant les mors de l'instrument à droite ou à gauche, essayer de saisir le corps par une de ses extrémités, mais cette manœuvre réussit rarement.

De là cette seconde conclusion pratique que le redressement des corps étrangers allongés s'impose presque fatalement à l'opérateur.

On serait bien tenté, il est vrai, en pareil cas, de distendre la vessie par une injection pour développer le diamètre vertical de l'organe et permettre au corps étranger de prendre une direction verticale ou oblique ; mais nous avons vu qu'on ne fait ainsi qu'augmenter la mobilité du corps et rendre sa recherche plus difficile, sans que l'on puisse en retour compter qu'il prendra la position favorable que l'on désire.

Mieux vaut donc opérer dans la vessie moyennement distendue et chercher à redresser le corps étranger transversalement placé.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire les divers instruments inventés à cet effet. Nous préférons appeler, en terminant, votre attention sur une manœuvre bien simple recommandée par M. Guyon, et qui lui a souvent rendu service.

A l'aide du *toucher rectal* chez l'homme, *vaginal* chez la femme, on parvient facilement à sentir le corps étranger, à apprécier la façon dont il est saisi par l'instrument, à favoriser enfin, par des pressions méthodiques, son glissement dans les mors de l'extracteur, jusqu'à ce que la direction soit bonne et qu'il n'y ait plus d'extrémité saillante au niveau du talon. Il faudra nécessairement, pendant ces tentatives, desserrer légèrement les mors de l'instrument pour rendre possible le déplacement que l'on cherche à obtenir (Guyon).

V. — Nous pourrons être beaucoup plus bref en ce qui concerne les corps petits et arrondis.

On sait qu'on les trouve en général au niveau du col. Les expériences de M. Henriet rendent bien compte de la raison de ce fait. Les dimensions de l'objet ne l'obligeant jamais à prendre la direction du diamètre vertical ou oblique, c'est dans la région du diamètre transverse qu'il se réfugiera nécessairement lorsque la vessie reviendra sur elle-même. C'est donc près du col qu'on devra les chercher.

M. Guyon a insisté sur ce point, que ne doit pas perdre de vue le chirurgien dans les manœuvres de la lithotritie. Toutes les régions de la vessie, voire même son sommet, où les calculs se rencontrent parfois, devront être assurément explorées ; mais l'on aura cependant pour principal objectif les manœuvres qui se font autour et au contact du col. C'est près du col, aux deux extrémités du diamètre transverse, que se trouveront habituellement les fragments ; la pesanteur les y conduit ; les contractions de la vessie les y maintiennent (Guyon).

Cela est vrai, même pour les corps étrangers légers, capables, semble-t-il, de flotter à la surface du liquide et de gagner le sommet

de la vessie. Il paraît bien établi que ceux-là aussi sont poussés en bas près du col, et que c'est là qu'on les découvre.

VI. — En somme, et c'est par cette remarque générale, empruntée encore à notre maître, que je terminerai, il résulte de tout ce qui précède, que les corps étrangers de la vessie, quels qu'ils soient, obéissent bien plutôt aux lois physiologiques de la contraction vésicale qu'aux lois physiques de la pesanteur. Le chirurgien, dans ses tentatives de recherche et d'extraction, devra toujours avoir présente à l'esprit cette notion capitale.

On ne saurait donc accueillir trop favorablement toutes les recherches qui tendent à nous éclairer sur le fonctionnement normal de la vessie. C'est à ce titre que le travail de M. Henriet nous a paru mériter votre attention.

Les faits qu'il a mis en relief ne sont pas tous entièrement nouveaux. Il rappelle lui-même par exemple que Civiale avait déjà reconnu que les corps étrangers allongés prennent habituellement une direction transversale.

Tous les chirurgiens habitués à la pratique de la lithotritie savaient également que les fragments de calcul se retrouvent souvent près du col. Mais ce n'était là, si je puis ainsi dire, qu'une connaissance empirique, manquant encore de véritable consécration scientifique.

M. Henriet, en fixant par ses expériences les notions un peu vagues que nous possédions sur ces divers points, M. Guyon, en tirant des faits observés par son élève toutes les conséquences qui en découlent, ont donc rendu un véritable service à la pratique chirurgicale.

Je n'ai eu d'autre prétention, dans ces quelques pages, que de refléter fidèlement leur pensée.

Les principaux points des recherches de M. Henriet ayant été reproduits dans mon rapport, j'ai l'honneur de vous proposer de déposer le travail de M. Henriet dans nos archives, et de l'inscrire honorablement sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Discussion.

M. Terrillon. Le rapport de M. Monod me rappelle l'observation suivante, qui vient à l'appui des remarques faites par M. Henriet, et qui remonte à 1876, à l'hôpital Saint-Antoine :

Un homme de trente-huit ans s'était introduit dans l'urètre un crayon pointu et long de 7 à 8 centimètres, qui avait pénétré dans la vessie. Appelé à donner mes soins à ce malade, huit jours après l'événement, je fis pénétrer dans la vessie un instrument à l'aide

duquel je parvins à retirer le corps étranger. Cette extraction avait dû se faire en deux fois, le crayon s'étant cassé lors de mes premières tentatives.

Le soir même de l'opération, le malade eut un premier frisson, et quelques jours après il mourait à la suite d'une inflammation généralisée du tissu cellulaire du petit bassin.

A l'*autopsie*, une ulcération de la vessie du côté de la tête du crayon, une perforation du côté de sa pointe, permirent de reconnaître les traces de la place occupée par le corps étranger pendant la vie. En joignant ces deux points par une ligne droite, on constatait que cette ligne avait une direction transversale : en d'autres termes, le corps étranger se trouvait bien dans la position indiquée dans le travail de M. Henriet.

Quant à la cause de la mort, il est facile de voir qu'elle était la conséquence d'une pelvi-cellulite produite par une infiltration d'urine due à l'ouverture de la vessie, provoquée par la présence de la pointe du crayon.

M. Gillette. M. Henriet nous dit que les corps étrangers introduits dans la vessie se placent toujours de manière à ce que leur grand diamètre occupe une direction transversale. Que ce soit là une disposition fréquente, je le veux bien, mais ce n'est pas une disposition constante. Je puis en effet citer un exemple qui vient à l'encontre de ceux dont il vient d'être question.

Un vieillard avait la manie, depuis plusieurs mois, de s'introduire dans l'urètre des nervures de feuilles dont plusieurs fragments se cassèrent dans la vessie ; il en résulta une incrustation calcaire, puis un calcul volumineux pour lequel je pratiquai à l'hôpital Tenon la taille hypogastrique. A l'ouverture de la vessie, je constatai que toutes ces nervures situées au milieu de la gangue calcaire occupaient la région du col et se trouvaient dirigées non pas transversalement, mais dans le sens antéro-postérieur.

M. Monod. L'observation de M. Terrillon a une grande importance en ce sens qu'elle a la valeur d'une véritable expérience faite sur l'homme.

Lorsque les corps étrangers ont de 6 à 7 centimètres, ainsi que cela a eu lieu pour le malade de M. Gillette, leur longueur est trop considérable pour qu'ils prennent une position fixe, déterminée. D'ailleurs les corps étudiés par M. Henriet étaient des corps rigides.

Les conclusions du rapport de M. Monod sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Terrillon lit un travail intitulé :

De l'incision exploratrice dans les tumeurs abdominales vraies ou simulées.

L'incision exploratrice, pratiquée dans le but d'éclairer un diagnostic douteux des tumeurs de l'ovaire, est une opération qui entre de plus en plus dans la pratique des chirurgiens. Il existe cependant, sur les résultats et les indications de cette opération, encore bien des obscurités.

Ayant pratiqué moi-même trois incisions exploratrices, dans le but de reconnaître la possibilité d'une opération plus radicale, dans des cas de tumeurs, j'ai recherché avec soin les autres cas du même genre qui avaient été publiés. Mon but était de savoir si cette opération donnait les avantages qu'elle promettait théoriquement. Je joindrai à mes observations [1] le résultat de ces recherches et j'en tirerai quelques conclusions.

Obs. I. — *Incision exploratrice. — Cancer généralisé du péritoine. — Guérison de l'opération. — Mort un mois après, par les progrès de la maladie.*

Mme F..., 52 ans, réglée à 15 ans, mariée à 16 : une fausse couche à 17, une grossesse à 18. Toujours bien portante et réglée depuis.

Au commencement de novembre 1882, elle s'aperçoit que son ventre grossit.

L'augmentation est assez rapide et s'accompagne d'amaigrissement.

La respiration est gênée.

Le 1er juillet 1883, l'examen indique dans l'abdomen une grande quantité de liquide qui ne paraît pas mobile dans la paroi abdominale. Il occupe exactement la ligne médiane.

L'utérus est légèrement immobilisé, on ne trouve rien dans les culs-de-sac.

Une ponction, pratiquée *le* 8 *juillet*, donne 7 litres de liquido fortement coloré, très légèrement filant. Ce liquide contient une petite quantité de paralbumine et laisse 72 grammes de résidu solide par litre.

Après l'évacuation du liquide on sent, dans le flanc droit, une série de masses arrondies, dont une, plus proéminente, correspondant à la région de l'ovaire droit.

[1] Elles ont été déjà résumées dans la thèse d'un de mes élèves, M. le Dr Carillan, 1885.

Le 18 *juillet*, nouvelle ponction : 7 litres de liquide plus coloré, plus filant, contenant un peu de paralbumine et laissant 65 grammes de résidu.

Le liquide se reproduit rapidement. La malade a un peu d'œdème des jambes. L'état général reste assez bon, malgré l'amaigrissement.

J'avais des doutes sur la nature de la tumeur, à cause de la rapidité du développement, la limitation peu nette du liquide, la nature des bosselures, qui me paraissait douteuse, enfin, l'hérédité, la mère de la malade était morte d'un cancer de l'utérus.

Tout cela me faisait hésiter. Cependant, l'absence de sang dans le liquide, la présence de la paralbumine, tendaient à faire éloigner l'idée d'une tumeur maligne.

En présence de ces difficultés, je résolus de faire une incision exploratrice, qui fut proposée à la malade et acceptée par elle. J'avais eu soin de spécifier que si une opération radicale était possible, je la pratiquerais aussitôt.

Elle fut pratiquée *le* 29 *août* 1883, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

A peine le péritoine ouvert, il fut facile de constater que le péritoine était recouvert, dans toute son étendue, de petits noyaux cancéreux, et que les masses, qu'on sentait à droite, étaient formées par des noyaux plus volumineux, infiltrées dans l'épiploon, et adhérentes, à ce niveau, à la paroi abdominale.

Je marquai encore une fois aux assistants le fait exceptionnel de trouver dans un cas de cancer aussi avancé du péritoine un liquide aussi peu coloré.

Ordinairement, dans ces cas, le liquide est sanguinolent ou même sanglant.

Après avoir fait sortir une certaine quantité de liquide, la plaie abdominale fut fermée avec six points de suture, et la malade fut reportée sur son lit.

Les suites de l'opération furent presque nulles. Le huitième jour, les sutures furent enlevées, le liquide s'était reproduit très rapidement. Les jambes étaient enflées.

Bientôt l'affaiblissement de la malade se compliqua d'inappétence et elle mourut lentement, *le* 28 *septembre*, sans qu'on pût imputer en rien à l'opération d'avoir hâté cette terminaison fatale.

Obs. II. — *Incision exploratrice. — Ascite de cause inconnue. — Guérison.*

Mme H..., 46 ans, mariée depuis 22 ans, a eu trois enfants vivants.

Les règles, très régulières, sont presque supprimées. Le début de la maladie remonte à cinq ans.

Peu de temps après, douleurs abdominales violentes, vomissements. Le ventre continue à augmenter.

Il y a six mois, un médecin qui soignait la malade a extrait de l'abdomen trois litres et demi de liquide *analogue à de la bière.*

Cette évacuatiou fut suivie de l'injection d'une certaine quantité d'un liquide iodé.

Elle eut à la suite une réaction asscz vive avec douleurs abdominales qui durèrent pendant une quinzaine de jours.

Le liquide se reproduisit et le ventre continua à augmenter.

Quand elle entre à la Salpêtrière, *le* 15 *juin* 1883, on trouve une circonférence abdominale de 1 mètre au niveau de l'ombilic.

On constate la présence d'une certainc quantité de liquide dans la cavité abdominale. Il se déplace difficilement et semble enkysté, mais sans signe de démarcation bien nette.

On ne sent pas de partie solide.

Utérus mobile, mais qui semble volumineux. Constipation. Dysurie et mictions fréquentes.

Tous les organes sont sains.

Le foie est normal. Léger œdème des jambes.

Une ponction est pratiquée *le* 20 *juin.*

On extrait 4 litres de liquidc très citrin, qui ne contient pas de paralbumine et laisse 65 grammes de résidu solide.

On ne constate pas de parties solides.

Le liquide se reproduit rapidement; aussi, malgré l'incertitude du diagnostic, je me décide à faire une incision exploratrice.

J'espérais trouver un kyste para-ovarien se reproduisant rapidement ou uue tumeur entretenant l'ascite.

L'opération est pratiquée *le* 9 *juillet* 1883.

L'incision abdominale, de 12 à 15 centimètres environ, est suffisante pour explorer la cavité abdominale.

On constate qu'il s'agit d'une ascite, avec les particularités suivantes :

La surface des intestins est tomenteuse, irritée, et plusieurs anses intestinales, surtout vers la partie supérieure, sont adhérentes entre elles. Des brides fibreuses assez larges les unissent à l'épiploon épaissi.

Ceci explique pourquoi le liquide se déplaçait difficilement et comment il était enkysté dans la cavité abdominale.

Ces adhérences étaient probablement le résultat de l'injection iodée qui avait été pratiquée dans le péritoine.

L'utérus était gros comme le poing, bosselé, contenant probablement un ou plusieurs petits corps fibreux. Était-ce là la cause de l'ascite? C'est ce qu'il nous fut difficile de décider.

La plaie fut refermée avec six points de suturc.

Les suites de l'opération furent absolument bénignes.

Les fils furent enlevés le huitième jour et la malade sortit quelques jours après.

Le liquide s'était à peine reproduit.

Le phénomène le plus curieux, et que je pus constater à deux reprises différentes, fut la disparition de l'ascite, l'amélioration de l'état

général de la malade et, en somme, sa guérison complète peu de temps après son départ.

En effet, je revis la malade le 5 janvier et le 1er juillet 1884.

Obs. III. — *Incision exploratrice. — Ascite. — Kyste gélatineux adhérent à l'utérus et à l'intestin. — Impossibilité d'opérer. — Fermeture de l'abdomen. — Mort le douzième jour par reproduction rapide de l'ascite.*

Mlle X..., âgée de 27 ans, fut réglée à 14 ans, et depuis cette époque les règles sont régulières.

Il y a cinq ans environ elle s'aperçut, dit-elle, de la présence, dans le bas-ventre, d'une grosseur ayant le volume d'un œuf. Elle n'éprouvait alors ni souffrance ni gêne manifeste.

Au bout d'un an, cette grosseur parut augmenter et l'abdomen se développa vers sa partie inférieure. Ce phénomène augmenta progressivement, lorsqu'il y a trois ans environ elle fut prise brusquement de vomissements et de diarrhée abondante. Elle rendit, de cette façon, une grande quantité de liquide jaunâtre, en même temps que l'abdomen diminuait considérablement de volume.

Pendant cet accident, la malade éprouva des attaques d'éclampsie qui se renouvelèrent fréquemment.

Au bout de huit jours, elle était complètement rétablie. Il y avait eu évidemment communication de la tumeur abdominale avec le tube digestif.

Le ventre recommença bientôt à se remplir de liquide, et, six mois après, elle fut prise du même accident avec des phénomènes absolument semblables.

Pour la troisième fois, en *juillet* 1882, il y eut encore une évacuation semblable et dans les mêmes conditions. Il est donc bien certain que, dans ces trois circonstances, il y eut une communication entre la cavité contenant du liquide et le tube intestinal.

Chaque fois, la quantité de liquide rendu fut évaluée à 3 litres environ.

Après cette dernière évacuation, le ventre se remplit de nouveau et, en janvier 1883, dans la crainte de voir survenir des accidents semblables aux premiers, on fit une ponction qui donna 3 litres et demi de liquide jaunâtre citrin.

Après la ponction, on sentait quelques bosselures dans la partie profonde du bassin.

Le liquide ne fut pas analysé (la malade habitant à ce moment la Martinique).

Avril 1883, nouvelle ponction qui donne une même quantité de liquide.

Depuis cette époque, on pratiqua vingt-quatre ponctions dont les dernières fournirent jusqu'à dix-sept litres de liquide. Chaque fois on sentait des masses de plus en plus volumineuses et arrondies dans la région du bassin.

Lorsque je vis la malade (octobre 1884), elle était beaucoup amaigrie, mais avait cependant conservé bon appétit. Les inconvénients principaux qu'elle éprouvait étaient : la difficulté de la respiration et de la digestion, lorsque le ventre était très volumineux, un léger œdème des jambes qui disparaissait après les ponctions, et enfin des envies fréquentes d'uriner, qui nécessitèrent plusieurs fois l'emploi de la sonde.

Quand je vis la malade, le ventre avait $1^{m},20$ de circonférence. L'utérus était en place, mais peu mobile, on sentait dans le cul-de-sac postérieur, en le refoulant beaucoup, une masse assez volumineuse, fluctuante.

La présence du liquide abdominal gênant beaucoup l'exploration, je fis une ponction évacuatrice (la précédente ayant été faite huit jours avant), et je pus extraire douze litres de liquide franchement ascitique et très légèrement teinté en rouge.

Il me fut facile alors de constater la présence d'une tumeur très tendue, mais fluctuante, remplissant tout le petit bassin et remontant à la hauteur de l'ombilic. Cette masse me semblait en connexion avec l'utérus, mais sans que je pus l'affirmer, car elle descendait assez dans le petit bassin pour fixer l'utérus en partie par simple pression.

En présence de ces signes et des antécédents, je proposai à la malade et à sa famille de pratiquer une incision qui me permettrait de voir si une opération radicale était possible, et de la pratiquer aussitôt.

Huit jours après la ponction, le 29 octobre 1884, le ventre était de nouveau très simple. Je pratiquai l'incision exploratrice avec le concours de MM. Monod et Schwartz.

L'incision, qui, d'abord petite, permit d'évacuer l'ascite, fut agrandie de façon à explorer la cavité abdominale ; elle avait alors 16 centimètres.

Je trouvai un kyste volumineux à parois assez épaisses, que je ponctionnai avec le trocart évacuateur. Nous ne pûmes extraire que 200 à 300 grammes d'un liquide extrêmement gélatineux. L'orifice ainsi pratiqué fut obturé avec de petits points de suture au catgut fin, appliqués avec beaucoup de soin.

Explorant alors plus largement les connexions de ce kyste, je vis qu'il était adhérent à l'utérus par toute la face postérieure de cet organe, une anse d'intestin grêle lui était intimement unie en arrière dans l'étendue de 20 à 25 centimètres. Enfin, du côté du bassin et tout autour de la tumeur, se trouvaient des adhérences semblables.

Je jugeai qu'il était impossible d'entreprendre une telle opération et qu'on n'avait pas ici la ressource d'une décortication, le kyste ne paraissait pas infiltré dans le ligament large. L'incision abdominale fut fermée avec sept points de suture.

Le soir de l'opération, elle eut quelques vomissements dus au chloroforme. Le lendemain elle commença à s'alimenter avec du lait et du champagne. Le soir de ce second jour, elle eut 38°.

Déjà, dès le troisième jour, l'ascite s'était reproduite avec rapidité.

La malade, sans avoir la bouche sèche, réclamaità boire avec avidité, la température se maintenait entre 37°,3 et 37°,8. Elle mangea bientôt des aliments solides.

Les jours suivants, la température ni le poulsqui ne dépassaient pas 90 pulsations, ne se modifiaient pas, et l'ascite continuait à augmenter, et déjà vers le huitième jour le ventre était aussi volumineux qu'avant l'opération, sans qu'il y ait de météorisme marqué.

La malade, malgré l'alimentation, s'affaiblissait graduellement, la respiration devenait difficile, elle mourut d'affaiblissement le douzième jour. Les fils de la suture abdominale avaient été enlevés le neuvième jour. Celle-ci était complètement réunie.

En présence des circonstances dans lesquelles est survenue la terminaison fatale, on peut admettre que si l'opération a hâté la mort de la malade, c'est en augmentant l'épuisement, en provoquant peut-être la formation encore plus rapide de l'ascite, mais non en produisant des phénomènes graves, tels que péritonite, septicémie. Malgré ce résultat, je crois que l'incision exploratrice était très justifiée en permettant, le cas échéant, de donner à la malade les bénéfices d'une extirpation totale.

Ces trois observations, qui sont assez différentes par la nature des maladies abdominales qui les ont nécessitées, démontrent que certains diagnostics ne peuvent être établis que grâce à l'incision abdominale.

Dans la première, en l'absence des signes ordinaires du cancer du péritoine : ascite, hémorragie, cachexie, et en présence de la tumeur, qui restait du côté droit, dans la partie supérieure du bassin, il était nécessaire de faire une incision pour se rendre compte de la nature de cette tumeur et des chances opératoires qu'elle pouvait donner.

Dans la seconde observation, on pouvait penser à un kyste paraovarien, déjà ponctionné, dans lequel avait été faite une injection iodée, mais suivi de récidive. L'incision montra qu'il s'agissait d'une ascite de cause inconnue. Elle démontra aussi l'erreur de diagnostic commise par le chirurgien qui avait le premier ponctionné l'abdomen et injecté de l'iode dans le péritoine.

Cette injection avait provoqué des adhérences intestinales et épiploïques, qui enkystaient en partie le liquide et rendaient le diagnostic impossible.

Enfin, dans la troisième, il était manifeste qu'il existait une tumeur kystique masquée par l'ascite. Celle-ci se reproduisait rapidement et épuisait la malade. L'exploration pouvait seule donner quelques chances d'extirpation de la tumeur.

Déjà employée accidentellement ou à de rares intervalles, au

commencement du siècle, l'incision exploratrice de l'abdomen commença à être recommandée plus spécialement vers 1842 et 1844.

D'après Peasle, ce fut Valne qui, le premier, en 1842, proposa nettement cette opération. Il la faisait peu étendue et permettant seulement l'introduction d'un ou deux doigts. Le but qu'il se proposait était probablement de reconnaître seulement la présence des adhérences. Celles-ci étaient alors considérées comme une contre-indication presque absolue à l'opération.

En 1844, Philips, et plus tard Atlée, pour ne citer que les principaux, recommandèrent chaudement ce genre d'exploration, qu'ils considèrent comme peu dangereux.

Les chirurgiens américains pratiquèrent hardiment et fréquemment l'incision exploratrice, et même, d'après Kœberlé, ils paraissent avoir abusé de ce genre d'investigation. Mais ils en montrèrent les côtés avantageux et firent voir qu'en réalité elle est peu dangereuse, lorsqu'elle est pratiquée avec discernement.

La plupart des chirurgiens anglais la considèrent également comme une opération qui a été trop décriée, témoin les nombreux faits publiés par Bird, Baker-Brown et surtout Spencer Wells.

Nous verrons plus loin quelles sont les opinions de ces auteurs à propos de l'incision exploratrice.

Chez les chirurgiens allemands, nous trouvons une plus grande réserve, et si nous consultons les faits publiés par Olshausen [1], dans sa statistique des chirurgiens allemands, 1880, nous voyons qu'il ne signale qu'un nombre assez limité d'incisions exploratrices.

En France, un petit nombre de faits semblables ont été publiés ; nous trouvons dans les statistiques de Péan quatre cas d'incision exploratrice. M. Terrier en signale une observation dans sa statistique de l'hôpital Bichat. (*Société de Chirurgie*, février 1885.)

Tous les chirurgiens ne comprennent sous le nom d'incision exploratrice que celle qui permet de faire une exploration dans l'abdomen en vue d'établir le diagnostic et de juger les chances de l'opération.

Ils ont soin de laisser en dehors de ce cadre toute tentative d'extirpation inachevée, toute opération incomplète qui vient dénaturer le caractère propre de l'incision purement exploratrice. Une exception est faite pour les cas dans lesquels, pendant l'exploration, une ponction est pratiquée dans une poche kystique et l'orifice ensuite obturé avec soin, en laissant les choses en place.

Ceci n'est plus une manœuvre opératoire et constitue seulement une manœuvre de diagnostic. Ces distinctions sont très importantes car on sait combien sont graves les opérations incomplètes.

[1] Der chirurg. speciel. path. (*Utherap. Pitha*, *Billroth*, page 173).

STATISTIQUE.

Philips. *Med. ch. trans.*,1844, t. XXVII. Cinq incisions sans trouver de tumeurs. Cinq guérisons. Dix incisions, tumeurs trop adhérentes, laissées en place. Sept guérisons et trois morts.

Churchill. Cité par Peasle, *Ovarian tumors*, 1873, p. 176. Huit incisions exploratrices. Quatre guérisons. Quatre morts.

Atlee. *Amer. journ. med. sec.*, 1855, vol. 29. Quatre incisions, tumeurs inopérables. Quatre guérisons.

Atlee. *Diagn. of ovarian tumors*, 1873, p. 161, etc. Six incisions pour tumeurs diverses inopérables. Deux guérisons. Quatre morts.

Bird. *Med. chir. sec.*, 12 nov. 1870. Il dit avoir fait 40 à 50 incisions sans résultat fatal. En présence d'adhérences il fermait la plaie.

Baker Brown. *The Lancet*, 1864, p. 117. Deux incisions, tumeurs inopérables. Une guérison. Une mort.

Clay. *The Lancet*, 1865, p. 202. Deux incisions. Deux guérisons.

Robert Lee. Cité par Clay. *Med. ch. Trans.*, 1851, t. XXXIV. Cinq incisions exploratrices. Quatre guérisons. Une mort.

Neale. *Med. Ti. and Gaz.*, 1868, nov. Incision exploratrice avec blessure de la vessie. Une guérison.

Thorton. *Br. med. Journ.*, 1878, p. 595. Deux incisions exploratrices. Une guérison. Une mort.

Angelman. *Trans. of the Am. Gyn. soc.*, 1884, oct. Trois incisions exploratrices. Trois guérisons.

Thorton. *Med. Ti. and Gaz.*, 1876, mai. Une incision. Une guérison.

Bright. *Spencer Wells Tu. ov.*, p. 117. Une incision. Une guérison.

Hewitt. *The D. of Women*, 1872, p. 643. Deux incisions. Deux guérisons.

Hamans. *Am. Journ. of obst.*, 1882, t. XV, p. 352. Trois incisions exploratrices. Trois guérisons.

Hamans. *The Lancet*, 1883, p. 449. Une incision exploratrice chez un homme. Une guérison.

Goodell. *Am. Journ. of obst.*, 1812, p. 363. Deux incisions pour tumeurs. Deux guérisons.

Savage. *Brit. med. Journ.*, 1883, p. 710. Trois incisions exploratrices. Trois guérisons.

L. Tait. *Brit. med. Jour.*, 1883, p. 300. Treize incisions exploratrices. Treize guérisons.

Keith. *Edinb. med. Journ.*, p. 499. Une incision. Une guérison.

S. Wells. *Med. ch. Trans.*, 1865, p. 220. Deux incisions. Deux guérisons.

S. Wells. 1867, p. 549. Trois incisions. Deux guérisons. Une mort.

S. Wells. *Med. ch. Trans.*, 1863, p. 50. Trois incisions. Deux guérisons. Une mort.

S. Wells. 1869, p. 203. Six incisions. Cinq guérisons. Une mort.

S. Wells. *Tumeur de l'ov.*, p. 477. Vingt et une incisions exploratrices. Dix-neuf guérisons. Deux morts.

S. Wells. *Tumeur de l'ov.*, p. 110, 113, 123. Trois incisions. Une guérison. Deux morts.

Pean. *Clin.*, 1876-1878, tableau n° 72 et n° 241, n° 229 et n° 245. Quatre incisions exploratrices. Deux guérisons. Deux morts.

J. Clay. Cité par Ferrand. *Dict. encycl.*, 2e série, t. XIX, p. 151. Vingt-trois incisions. Vingt guérisons. Trois morts.

King. *Id.*, p. 165. Une incision. Une guérison.

Terrillon. Inéd. Une incision. Une mort.

Terrillon. *Bull. Soc. de ch.*, 1884. Deux incisions. Deux guérisons.

L. Pet. *Med. Woch.*, 1882, p. 29. Une incision. Une mort.

Dohrn. *Deut. medic. Woch.*, 1879, n° 44. Trois incisions. Trois guérisons.

Zweifel (Erlangen). *Berl. med. Woch.*, 1881, p. 329. Deux incisions. Une guérison. Une mort.

Uhde. *Deut. med. Woch.*, 1880, p. 49. Deux incisions. Deux guérisons.

Schöder. *Berlin. klin. Wochen., etc.*, p. 238, 1882. Deux incisions. Deux guérisons.

Kivisch. *Klin.* Sur les maladies de femmes, 1857. Statistique de plusieurs chirurgiens. 25 incisions. 17 guérisons. 8 morts.

Résultats. — Avant de formuler les conclusions qui termineront ce travail, je vais étudier les principaux résultats que donne la statistique fournie par les cas publiés que j'ai réunis. Cette statistique peut se résumer de la façon suivante, d'après les tableaux que j'ai dressés : 179 incisions exploratrices ont donné les résultats suivants : 140 guérisons et 39 morts, ce qui fait une proportion de 79 0/0 guérisons.

Cette proportion de guérisons serait beaucoup augmentée, si on tient compte d'une statistique nouvelle donnée par L. Tait dans le *British med. Journ.*, 1885, p. 218.

Il fit 94 incisions exploratrices qui ne donnèrent que deux cas de mort. Aussi semble-t-il préférer l'incision à la ponction. Enfin, nous trouvons une statistique des chirurgiens allemands donnée par le professeur Olshausen, et dans laquelle les résultats furent très bons. Voici le détail de ces opérations :

Dohrn (de Marburg), de 1871 à août 1876, 3 incisions exploratrices.

Hégar (de Fribourg), 1866 à août 1876, une incision exploratrice.

Heine (de Prayer), 1867 à 1876, une.

E. Muller, une.

Schreeder (de Berlin), une.

Schwartz (de Goettingen), 1868 à 1876, une.

Speegelbery, quatre.

Weit (de Bonn), deux.

Winkel, 1864 à 1876, une.

Mais dans ces deux statistiques, les indications plus complètes manquent. Comme je n'ai pu me les procurer, je les fais figurer en dehors des autres observations.

La guérison à la suite de l'opération ne peut être envisagée, dans ce cas, qu'à un seul point de vue : le retour du malade à son état antérieur. La plaie abdominale s'est réunie par première intention, et l'opérée, sauf la dépression des premiers jours, n'a présenté aucun symptôme inquiétant.

Plus tard la maladie continue son cours, et elle peut entraîner la mort à une époque plus éloignée.

Quand la mort est le résultat de l'opération elle survient à des époques variables : depuis quelques heures, jusqu'à plusieurs jours après l'opération. Le choc opératoire, l'épuisement, la péritonite, etc., ont été les causes principales de cette terminaison.

Mais il faut savoir que certaines malades sont mortes vers le 8e jour ou le dixième jour, n'ayant présenté, comme je l'ai déjà signalé plus haut, aucun symptôme grave ni du côté de l'abdomen, ni du côté de la cicatrice.

Elles sont mortes étouffées et affaiblies par une ascite rapide qui déjà, avant l'opération, menaçait la vie des malades, en se reproduisant très rapidement.

Dans ces cas l'opération semble avoir été une simple cause d'affaiblissement qui a avancé de quelques jours l'issue fatale. Aussi ne saurait-on raisonnablement incriminer dans ces cas, l'incision exploratrice qui n'a pas elle-même provoqué aucun accident grave.

On peut décomposer de la façon suivante les différentes tumeurs qui ont été trouvées dans les incisions exploratrices, telles qu'elles ont été indiquées dans les observations.

DIAGNOSTIC	TOTAL.	GUÉRISON.	MORT.
Tumeurs ?	9	7	2
» kystiques ovaires	9	8	1
» kystes du péritoine	3	2	1
» » du rein	3	2	1
» malignes	19	13	6
» utérines	14	12	2
» » fibreuses	18	16	2
» colloïdes de l'abdomen	1	0	1
» epiploïques	4	3	1
» mésenteriques	3	3	0
Cancer de l'estomac	1	0	1
Inflammation ovarite chronique	2	2	0
» péritonite aiguë	1	1	0
» chronique ou tuberculeuse	5	5	0
Ascite et grossesse	1	0	1
Diagnostic non indiqué	42	34	8
Absence de tumeur	6	6	0
Échinocoques multiples de l'abdomen	1	0	1

Ce tableau montre que la mortalité a été d'autant plus grande qu'on avait affaire à des cas plus sérieux ou à des tumeurs plus malignes.

Ainsi 19 opérations, pratiquées pour des affections malignes, ont donné 6 morts et 13 guérisons.

Au contraire, 9 kystes ovariques inopérables ont fourni 8 guérisons et une mort.

Des tumeurs fibreuses, également inopérables et laissées en place, au nombre de 18, n'ont donné que 2 cas de mort.

Enfin, dans six incisions exploratrices n'ayant permis de constater aucune tumeur, la guérison fut toujours la suite de l'opération.

On peut donc dire qu'ordinairement l'incision est relativement bénigne dans les affections qui, par elles-mêmes, ne menacent pas rapidement la vie des malades, ce qui ne peut être qu'un encouragement à les pratiquer.

Dans ces statistiques, j'ai désiré me restreindre à l'étude des incisions exploratrices pratiquées pour des tumeurs abdominales, et surtout celles qui tiennent aux organes du petit bassin chez la femme. Mais il est certain que cette même opération a été pratiquée un assez grand nombre de fois pour d'autres affections de l'abdomen qui sont du ressort de la chirurgie.

Dans l'étranglement interne de cause inconnue, la laparotomie est presque toujours, au début, une incision exploratrice. Elle permet de rechercher l'obstacle au cours des matières intestinales. Lorsque celui-ci est trouvé, alors seulement commence l'opération véritable, qui consiste à déduire ou lever cet obstacle. On pourrait en dire autant de certaines tumeurs cancéreuses du pylore et de l'estomac, qui ont été enlevées dans ces dernières années et que l'incision exploratrice a seule permis d'entreprendre lorsqu'elle a montré que l'obstacle n'était pas absolument insurmontable.

M. Verneuil n'a-t-il pas pratiqué une incision exploratrice quand il a tenté d'enlever un gros carcinome du pylore qu'il trouva inopérable, ce qui le força à refermer aussitôt la plaie abdominale? J'ajouterai également que dans ces derniers temps le Dr Mura et le professeur W. Keen, de Philadelphie, dans un article sur la cholécystotomie, ont déclaré que l'incision exploratrice, pratiquée pour reconnaître les affections de la vésicule biliaire, était absolument indiquée. Cette opération est très rationnelle, et déjà elle a donné des renseignements utiles impossibles à obtenir sans elle, sans avoir entraîné de fâcheux résultat. (*Lond. Med. Rec.*, 1884, p. 527.)

En résumé, depuis que les opérations chirurgicales donnent des résultats plus certains et font courir aux malades des risques

moins grands qu'autrefois, on ne craint plus d'aller, par des voies artificielles, reconnaître la nature de certaines maladies impossibles à diagnostiquer. Ce mouvement qui s'est peu étendu, en France, jusqu'à présent, a pris, à l'étranger, un grand essor et permet d'augmenter considérablement le rôle de la chirurgie abdominale. Il est certain aussi que nos moyens de diagnostic vont se perfectionner, mais ce perfectionnement n'empêche pas de rencontrer des obscurités telles que l'incision exploratrice seule permet d'éclairer.

Après avoir montré, par cette statistique, que l'incision exploratrice est une opération moins redoutable que les chirurgiens l'ont cru pendant longtemps, je terminerai en donnant mon opinion personnelle, que je résumerai de la façon suivante:

L'incision exploratrice abdominale doit avoir un but unique, éclairer le diagnostic afin de permettre une opération radicale. On peut donc dire que, dans l'esprit du chirurgien qui l'entreprend, elle est le premier temps d'une laparotomie, laquelle laisse derrière elle un inconnu qu'il s'agit de découvrir avant de passer outre. Cependant l'expression d'incision exploratrice doit lui être conservée, car souvent c'est avec parti pris que le chirurgien qui a devant lui un diagnostic obscur ou qui prévoit des obstacles difficiles ou insurmontables, cherche à faire bénéficier la malade des découvertes qu'il fera en explorant l'abdomen.

Aussi, je ne sache pas qu'aucun chirurgien ait fait une incision dans l'unique but d'affermir un diagnostic douteux et sans avoir aucun espoir de faire plus pour sa malade. Toujours il est ou doit être dominé par cette idée, que si, par hasard ou d'après des prévisions suffisamment probantes, il découvre la possibilité d'une opération radicale, il aura la chance, en la faisant, de débarrasser la malade d'une infirmité sérieuse ou d'une affection mortelle à brève échéance. Une autre considération qui doit entrer en ligne de compte consiste à examiner quels sont les risques que l'opération fait courir à la malade. Ceci est un point délicat, et nous connaissons, à ce sujet, l'opinion d'un grand nombre de chirurgiens qui la considèrent comme assez inoffensive.

D'un autre côté, les statistiques publiées nous montrent qu'en moyenne il y a une mortalité de 21 0/0. Je parle, en ce moment, de la mortalité qui est le résultat de l'opération et des accidents qui lui sont inhérents. Ce résultat n'est pas si encourageant que pourraient le faire croire les affirmations de certains auteurs.

Cependant il ne faut pas voir de parti pris le côté défectueux des statistiques, dont la brutalité ne répond pas toujours aux indications réelles. Il faut aussi penser aux bénéfices que peut donner dans un grand nombre de cas une opération. Or, on ne saura

jamais quel est le nombre des malades regardées comme inopérables et qui n'ont été débarrassées de leur tumeur que grâce à l'incision exploratrice. Celle-ci ayant permis de reconnaître que les difficultés prévues étaient souvent insignifiantes, le nombre doit en être très grand. Il faut bien considérer aussi que cette exploration n'est faite que pour des cas graves par eux-mêmes, et que si on augmente volontairement les chances de mort immédiate ou rapide, on doit avoir quelques compensations. Celles-ci seront fournies par l'espoir qu'on aura de trouver des conditions favorables à la réussite d'une opération totale si souvent couronnée de succès.

L'incision exploratrice est malheureusement pratiquée tardivement sur des malades affaiblies, ce qui augmente ses dangers.

Aussi, on doit conclure sans crainte que l'incision doit être pratiquée de bonne heure et aussitôt que le chirurgien hésitant sur la nature et les rapports de l'affection abdominale, et ayant épuisé tous les moyens de diagnostic, a jugé qu'il était nécessaire de s'éclairer complètement avant d'entreprendre une opération radicale.

Je conclus donc que c'est là une opération rationnelle, si elle est faite sans excès et avec discernement. Les nombreux cas publiés montrent sa gravité relativement faible par rapport aux maladies sérieuses pour lesquelles on l'entreprend. Ils montrent aussi dans combien de circonstances elle a été utile aux malades en permettant d'oser ce qu'on n'aurait pu tenter sans elle.

Malgré la conviction que j'ai acquise de voir cette exploration prudemment exécutée rendre des services considérables à la chirurgie abdominale, je ne pourrai partager l'opinion de quelques chirurgiens quand ils semblent préférer l'incision exploratrice à la ponction. Cette opinion me semble exagérée et peu admissible.

La ponction pratiquée avec précaution nous rend journellement des services signalés et éclaire souvent des diagnostics obscurs, soit par la connaissance exacte du liquide extrait, soit en permettant de palper plus profondément et plus minutieusement l'abdomen.

Aussi doit-elle passer avant l'incision, qui sera réservée aux cas compliqués, difficiles, et dans lesquels le chirurgien ne peut se décider qu'après avoir vu de près les obstacles qu'il aura à surmonter.

Discussion.

M. Monod. J'ai eu tout récemment à donner mes soins à une malade de trente-six ans, qui m'était adressée comme ayant un

kyste de l'ovaire. Je l'examinai, aidé de deux de mes collègues, et bien que notre attention ait été éveillée sur la possibilité d'une grossesse, nous conclûmes, en effet, qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire.

Les renseignements fournis par la malade, fort peu intelligente, ne pouvaient être pris en sérieuse considération. Ses règles, il est vrai, avaient disparu depuis deux mois, mais la tumeur ayant le volume d'un utérus gravide depuis six à sept mois, je ne pouvais tenir compte de cette disparition, qui avait lieu de s'expliquer fort bien par le retentissement d'un kyste sur l'organisme. En outre, l'auscultation ne nous avait révélé ni souffle utérin ni bruits de cœur, et la palpation abdominale, combinée avec le toucher vaginal, nous donna très nettement la sensation que la tumeur abdominale était distincte de l'utérus. Il est vrai que l'épaisseur des parois de l'abdomen rendait fort obtuses les sensations que l'on percevait.

Dans ces conditions, nous nous décidâmes à opérer.

A peine eûmes-nous fait à la cavité abdominale une très courte incision, que nous tombâmes sur l'utérus régulièrement développé. Devant cette constatation, nous nous empressâmes de refermer le ventre.

Cette incision, qui rentre dans la catégorie des incisions exploratrices, guérit en quinze jours sans rien présenter de particulier. Depuis lors, la grossesse a continué son cours.

M. Terrier. Les conditions dans lesquelles a été faite l'incision de M. Monod, son peu d'étendue, le petit nombre des manœuvres qui ont suivi, expliquent sa grande bénignité. 95 fois sur 100, en pareil cas, il ne survient rien de fâcheux. Mais les incisions exploratrices ne se font pas toujours dans de semblables conditions. Pratiquées pour fixer un diagnostic incertain, elles sont le plus souvent très longues, et accompagnées de manœuvres diverses qui constituent un commencement d'opération, quelquefois très compliquée, telles que rupture ou déchirure d'adhérences, ligatures, etc. En réalité, les incisions exploratrices sont des demi-opérations, ce sont des opérations dans lesquelles le chirurgien, après avoir constaté qu'il ne peut achever ce qu'il a commencé, referme purement et simplement le ventre de la malade.

Il résulte de cela que bien des incisions, dites exploratrices, sont des interventions sérieuses qui aggravent singulièrement le pronostic. Dans ces conditions, on devra éviter autant que possible ces incisions, et toutes les fois que l'on ouvrira le ventre, ce ne devra être qu'avec l'intention de faire tous ses efforts pour achever l'opération commencée. Personnellement, j'ai fait 110 ovariotomies

ou hystérectomies, et je n'ai pratiqué qu'une seule incision exploratrice.

En ce qui concerne la malade de M. Monod, je crois même que j'aurais poussé mes recherches plus loin qu'il ne l'a fait. Certaines tumeurs fibreuses utérines ressemblent absolument à l'utérus rempli d'un fœtus; aussi, tout en reconnaissant mon erreur au point de vue du kyste de l'ovaire, j'aurais pensé à un fibrome, et je m'en serais assuré, prêt à terminer l'opération en cas de tumeur fibreuse.

M. Lucas-Championnière. Les opérations décrites sous le nom d'incisions exploratrices se prêtent peu aux statistiques, et cela en raison de l'extrême dissemblance qui existe entre elles.

Ainsi que vient de le dire M. Terrier, ces incisions sont le plus souvent suivies d'un commencement d'opération radicale, et doivent rentrer dans la catégorie des opérations incomplètes, toujours très graves.

Quant aux incisions exploratrices pures, qui n'auraient pour but que de fixer un diagnostic, elles sont en effet extrêmement bénignes. Tel est le cas, par exemple, de cet individu qui se fit ouvrir le ventre pour qu'il fût possible de se rendre compte du sexe auquel il appartenait.

Mais si de semblables opérations sont bénignes, par contre elles sont très rarement indiquées, à moins que l'on ne veuille ouvrir le ventre à tort et à travers, comme cela a eu lieu pour le cas auquel je viens de faire allusion.

Quant au cas de M. Monod, il est complexe, et il est difficile d'avoir à son sujet une opinion tant qu'on ne connaîtra pas la suite de l'observation. Il s'agit peut-être d'une grossesse compliquée de corps fibreux masquant les bruits placentaires et fœtaux.

M. Polaillon. L'incision exploratrice ne doit être faite que lorsque tous les autres moyens de diagnostic ont échoué. C'est ainsi que dans le cas de M. Monod on aurait pu, avant d'ouvrir le ventre, pratiquer le cathétérisme utérin.

Cette manœuvre, qui eut provoqué un avortement, est ordinairement contre-indiquée lorsque l'on soupçonne une grossesse; elle le devient cependant lorsqu'il s'agit d'éviter à la malade une incision des parois abdominales.

M. Monod. Je reconnais avec M. Terrier qu'il est difficile de reconnaître au travers d'une plaie abdominale de très petite étendue si l'on a sous les yeux un utérus gravide ou un fibrome. Cette hésitation je l'ai eue, et si j'ai immédiatement refermé le ventre, c'est que j'ai pensé qu'en cas de doute il valait mieux s'abs-

tenir, quitte à recommencer plus tard l'opération. Aujourd'hui, je suis fixé, il s'agit bien réellement d'une grossesse.

M. Marc Sée. Les incisions exploratrices pures sont très rares : la plupart des opérations décrites comme telles l'ont été *a posteriori*.

C'est lorsqu'on a reconnu une erreur de diagnostic, ou lorsqu'on a constaté l'impossibilité d'achever une opération, que l'on déclare qu'il s'est agi d'une incision exploratrice.

M. Trélat. Je crois qu'il est mauvais de dire que les incisions exploratrices sont sans danger, et cela justement parce que le plus souvent elles sont suivies de manœuvres diverses, plus graves peut-être qu'une opération radicale menée à bonne fin.

On ne devra donc faire ces incisions qu'avec une grande réserve, lorsque l'on y sera poussé par l'apparition d'accidents sérieux qui compromettent immédiatement la vie de la malade, ou bien encore lorsque l'on soupçonne et lorsque l'on a quelque raison d'espérer que le ventre ouvert on pourra achever l'ablation d'une tumeur au sujet de laquelle on ne peut faire de diagnostic certain.

M. Terrier. L'incision exploratrice que j'ai pratiquée l'a été dans les conditions que vient d'indiquer M. Trélat. J'avais jugé la tumeur inopérable, et c'est pour en acquérir la certitude absolue que j'ai ouvert le ventre.

M. Terrillon. Ma statistique a justement été dressée dans les conditions qui viennent d'être indiquées par plusieurs de nos collègues.

Je n'ai relevé que les cas où tout s'est borné à l'ouverture du ventre, sans tentative opératoire d'aucune sorte.

Il est vrai que dans un de mes trois cas, comme dans un cas de Spencer Wells, l'incision a été suivie d'une ponction de la tumeur; mais j'ai pensé que cela ne suffisait pas à enlever à la manœuvre le caractère d'opération exploratrice. La ponction en effet ne saurait être une complication bien sérieuse.

En ce qui concerne les dangers de l'incision et la nécessité de ne la pratiquer qu'avec une grande réserve, c'est absolument mon avis, et je l'ai exprimé de la manière la plus nette dans le travail que je vous ai lu.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

Gillette.

Séance du 25 mars 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le numéro de mars des *Revues mensuelles de médecine et de chirurgie;*

3° Les *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, pour l'année 1883-1884;

4° Les *Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon*, pour l'année 1883, t. XXIII;

5° L'*Anesthésie et les Dentistes*, par le Dr Th. David;

6° *Observation de tétanos traumatique*, traité et guéri par le *chloral à hautes doses*, par le Dr Cauchois, de Rouen (rapporteur, M. Verneuil);

7° M. Schwartz adresse une lettre de candidature pour la place de membre titulaire déclarée vacante.

A l'occasion du procès-verbal et de la communication de M. Terrillon *sur l'Incision exploratrice de l'abdomen.*

M. Nicaise. Aux faits d'incision exploratrice qui ont été communiqués par MM. Terrillon, Terrier et Monod, j'en ajouterai un.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, atteinte d'ascite, laquelle paraissait due à des tumeurs multiples des ovaires et de l'utérus. Elle avait déjà subi vingt-quatre ponctions et réclamait une intervention qui paraissait difficile.

Le 7 novembre 1881, je fis l'opération dans le service de mon collègue M. Terrier, à la Salpêtrière, avec son assistance et celle de MM. Berger et Perier.

Après avoir incisé la paroi abdominale sur la ligne blanche, entre

l'ombilic et le pubis, le liquide ascitique fut complètement évacué ; celui qui restait dans le bassin fut extrait avec l'aspirateur. Je trouvai alors de chaque côté de l'utérus une masse volumineuse, polikystique et papillaire, qui remplissait le bassin et s'étendait sur les fosses iliaques, où l'on trouvait des végétations papillaires greffées, particulièrement sur le trajet des vaisseaux iliaques. Il en existait aussi quelques-unes sur la surface de l'intestin.

Il me parut, ainsi qu'à mes collègues, impossible d'enlever toutes ces tumeurs, et je fis la suture de la paroi abdominale. Cette opération n'eut aucune suite fâcheuse; la guérison fut rapide; le liquide se reproduisit, mais la première ponction ne devint nécessaire qu'au bout de quatre mois, tandis qu'auparavant les ponctions devaient être faites tous les trente-cinq ou quarante jours. Depuis cette époque, les ponctions sont redevenues nécessaires tous les mois environ, et, en ce moment, près de trois ans et demi après l'opération, l'état général de la malade est à peu près resté le même; les tumeurs abdominales ont augmenté lentement.

Rapport.

M. Terrier lit un rapport sur un travail du Dr Jeannel, intitulé : *Occlusions intestinales par brides. Laparotomie.*

Il y a déjà longtemps, une commission composée de MM. Guyon, Verneuil et Terrier, rapporteur, fut chargée d'examiner un travail adressé à la Société par M. le Dr Jeannel, alors médecin à Vendôme, sur une observation intitulée :

Occlusion de l'intestin grêle par brides et adhérences péritonéales chez un homme atteint d'entérite chronique. Laparotomie le sixième jour avant les premiers signes de péritonite. Guérison.

Une grave maladie, qui me tint éloigné de Paris pendant plus de six mois, m'empêcha de faire ce rapport. Aujourd'hui je viens réparer cette omission, avec d'autant plus de plaisir que les relations de laparotomie pour étranglement ou occlusion de l'intestin ne sont pas très fréquentes, et que je me permettrai de faire suivre l'observation de M. Jeannel de quelques réflexions et de la relation d'un nouveau fait qui m'est personnel.

Le 1er février 1881, M. Jeannel fut appelé auprès d'un fermier âgé de 53 ans, souffrant de violentes coliques depuis deux jours environ. En 1870, et après une variole, cet homme aurait été atteint

d'entérite chronique avec crises douloureuses rémittentes, se terminant par une dizaine de selles diarrhéiques.

Or, le 30 janvier, était survenue une de ces crises de douleurs, mais plus intense que d'habitude, déterminant des nausées et un vomissement alimentaire, et ne se jugeant pas par des selles, malgré les lavements pris par le malade. Dix sangsues, appliquées vers la région rénale droite et prescrites par un médecin, ne modifièrent en rien les accidents.

Lorsque M. Jeannel arriva près du malade, il constata un état général grave; le facies grippé, abdominal; les douleurs de ventre étaient atroces, pas d'expulsion de gaz ni de matières depuis deux jours. L'abdomen était rétracté, et la fosse iliaque droite était douloureuse et tuméfiée; douleurs lombaires à droite: 37°,5; 80 pulsations. Les urines étaient rares, les anneaux herniaires furent trouvés libres.

Après avoir écarté la possibilité d'une colique hépatique ou néphrétique, M. Jeannel rejette aussi la pérityphlite, sous le prétexte très plausible qu'il n'y avait pas de fièvre. Il ajoute, il est vrai, qu'il n'y avait pas d'empâtement dans la région cœcale, ce qui concorde peu avec la tuméfaction qu'il signale dans la fosse iliaque droite.

En fait, il s'arrête au diagnostic d'*occlusion intestinale* malgré le peu de douleur à la palpation et le peu de ballonnement du ventre. Ce diagnostic est d'ailleurs assez vague. Y a-t-il rétrécissement intestinal, pincement de l'intestin? L'occlusion est-elle peu ou très serrée? M. Jeannel discute ces questions assez rapidement, mais, en somme, il ne précise rien, et l'absence de ballonnement du ventre semble quelque peu le dérouter. Toutefois, vu les antécédents d'entérite, il pense à l'existence d'une occlusion par brides péritonéales. Ce qui était assez rationnel.

Malgré ce diagnostic, basé surtout sur les antécédents du malade, M. Jeannel prescrit non seulement un lavement purgatif, mais 40 grammes d'huile de ricin par cuillerées à café tous les quarts d'heure.

Le 2 février, le lavement seul est rejeté, sans matières intestinales, et M. Jeannel injecte dans le rectum de son patient un demi-siphon d'eau de Seltz. Il obtient ainsi du ténesme rectal, mais sans autre résultat, ténesme qu'il calme avec une injection hypodermique de morphine, ce qui produit une accalmie de quatre heures. Température : 38°,6; pouls, 80.

Invoquant les opinions formulées à la Société par MM. Trélat, Berger, Nicaise, Marc Sée, Bœckel, etc., M. Jeannel propose une intervention chirurgicale qui est rejetée par le malade.

Il fait alors une nouvelle injection de morphine, et prescrit une

deuxième dose d'huile de ricin; thérapeutique bien inutile sinon nuisible, comme je l'ai déjà soutenu devant la Société.

Deux jours après, le 4 février, le malade souffrant beaucoup réclame lui-même l'opération, et M. Jeannel se rend auprès de lui, avec un de ses confrères de l'armée, M. le médecin-major Roberdeau, qui lui servit d'aide.

La situation s'était aggravée, le facies était abdominal, les yeux excavés, les extrémités fraîches. Température : 37°,5; pouls petit, 96.

Le ventre, non ballonné, donnait de la submatité à droite, et la fosse iliaque, de ce côté, semblait remplie d'une masse mollasse au milieu de laquelle était « un cordon dur et profond » (*sic*). Du reste, cette exploration était très douloureuse. Quelques nausées, pas de vomissements. Urines normales.

L'opération fut faite avec les précautions antiseptiques possibles dans le cas actuel, c'est-à-dire assez incomplètes. M. Jeannel incisa sur la ligne blanche, depuis 1 centimètre au-dessous de l'ombilic, jusqu'à 4 centimètres du pubis. Après hémostase de la plaie, il incisa le péritoine sur la sonde cannelée.

Une anse intestinale se présenta, elle était saine; le péritoine ne montrait d'ailleurs aucun indice d'inflammation. « J'introduisis, dit-il, quatre doigts de la main droite dans l'abdomen et vers la fosse iliaque droite. J'éprouvai d'abord partout une sensation de mou (*sic*) et, malgré mes recherches, je ne pus découvrir trace du cœcum, qui était sans doute revenu sur lui-même et réduit au minimum de son volume, ainsi que toute l'extrémité inférieure de l'intestin au-dessous du siège de l'occlusion. »

Pour faciliter les recherches, la plaie abdominale est agrandie de 4 centimètres en haut en contournant l'ombilic à droite, ce qui, entre parenthèse, est assez inutile, l'incision directe étant préférable vu sa simplicité.

M. Jeannel put alors introduire toute la main dans l'abdomen. « Je trouvai, dit-il, un paquet d'intestin grêle vide et rétracté, réduit à l'état d'un cordon, de la grosseur du petit doigt. J'estime à près de 50 centimètres la longueur de l'intestin ainsi aggloméré et engagé dans une sorte de treillis d'adhérences et de brides, allant de la paroi abdominale et de la fosse iliaque à l'intestin et au mésentère. Je saisis l'un des cordons intestinaux et l'attirai doucement au dehors, il resta flasque et ne se dilata pas. Il était sillonné de veinules gorgées de sang; on y sentait des plaques de consistance fibreuse; j'amenai ainsi hors du ventre 30 à 40 centimètres d'intestin offrant les mêmes caractères et restant à l'état de cordons vides et rétractés; en aucun point je ne vis de rétrécissement annulaire capable d'expliquer l'occlusion.

« Enfonçant alors de nouveau ma main vers la fosse iliaque droite, je pus distendre et rompre des brides et des adhérences peu solides au milieu desquelles cheminaient mes doigts. J'eus la sensation que je dégageais positivement quelque chose dans le paquet intestinal situé dans la fosse iliaque droite, lequel se gonfla et se remplit de gaz, en même temps, d'ailleurs, que la portion d'intestin restée au dehors. »

On lave cet intestin avec de l'eau phéniquée, et on le rentre dans l'abdomen, toilette péritonéale et quatorze points de suture, dont six profonds. Pansement phéniqué.

L'opération avait duré deux heures.

L'opéré est réchauffé, on prescrit du thé à l'eau-de-vie. Lavement avec vingt gouttes de solution de chlorhydrate de morphine au 1/100.

Le lendemain (5 février), l'état général était bon, les douleurs calmées. Pas de nausées, quelques coliques, mais pas de gaz par l'anus. Température : 38°,6; 100 pulsations.

Le surlendemain (6 février) seulement, les gaz furent rendus abondamment, et il y eut une selle. La suture abdominale est enflammée, et M. Jeannel crut devoir sectionner trois points profonds.

Le 7, le malade tousse et perd l'appétit.

Le 8, on constate un point de pneumonie. Les sutures sont sectionnées, mais laissées en place et soutenues par des bandelettes de baudruche collodionnées.

Le 9, purgation et amélioration notable; selles abondantes. La plaie est en partie désunie.

Le 14, l'état général est parfait. Seule, la plaie suppure. On y a placé deux drains.

Le 24, le malade est guéri. La cicatrice de la plaie est presque faite.

En résumé, sauf la complication pulmonaire et les accidents du côté de la plaie (dont la réunion manqua), les phénomènes intestinaux et péritonéaux furent calmés par l'opération et ne reparurent plus.

M. Jeannel fait suivre cette intéressante relation de réflexions à propos desquelles je ferai quelques observations.

L'auteur fait remarquer que l'occlusion, caractérisée par l'absence de selles et d'émissions gazeuses, avec coliques intenses, ne s'accompagnait pas de vomissements. Pour lui, cela signifiait que l'intestin n'était pas fortement pincé ou étranglé, et que le péritoine était intact. Mais il faut aussi ajouter que la non-ingestion de boissons est aussi une cause d'absence de vomissements, tandis

qu'ils sont souvent provoqués par l'administration de purgatifs, comme il le dit lui-même.

A cet égard, nous ne pouvons comprendre pourquoi, après avoir formulé son diagnostic d'occlusion par brides, M. Jeannel ait prescrit, et à deux reprises, des purgatifs, alors que, d'un autre côté, il faisait des injections de morphine. Autant celles-ci nous semblent indiquées, autant les purgatifs sont intempestifs.

Étant donné le diagnostic d'occlusion intestinale par brides, purger le malade est aussi contre-indiqué que lorsqu'il s'agit de hernies étranglées, le fait a été déjà discuté ici et je n'y insiste pas plus longtemps.

M. Jeannel fait remarquer à juste titre la difficulté de déterminer exactement, même le ventre ouvert, la nature de l'étranglement. Il y avait certainement de la péritonite adhésive et des brides celluleuses reliant entre elles plus ou moins étroitement les anses d'intestin. Ce sont ces brides, ces adhérences qu'il a rompues, et qui, détruites, ont permis aux gaz et aux matières de venir gonfler les anses primitivement vides. D'ailleurs, ces faits d'obstruction subaiguë par péritonite adhésive sont aujourd'hui connus et ont même été traités par des méthodes plus radicales encore, c'est-à-dire par la résection des anses intestinales agglutinées ensemble. M. Jeannel se félicite d'avoir pu intervenir avant la péritonite qui menaçait son malade. Le fait est qu'il a dû — le malade refusant d'abord toute intervention — opérer tardivement, au 6e jour, et qu'heureusement il avait affaire à un étranglement subaigu à marche lente. Quant à la péritonite, elle existait bien, et depuis longtemps, mais limitée à la région de la fosse iliaque, et en détruisant les adhérences avec les doigts, M. Jeannel en a provoqué une nouvelle poussée, mais qui est restée dans les limites de la péritonite adhésive et ne s'est pas généralisée.

Lors d'étranglement interne, les accidents péritonitiques sont d'autant plus à craindre que l'étranglement est aigu, et que la portion d'intestin pincée est le siège d'une inflammation facilement septique sur le voisinage de la cavité intestinale.

Il faut donc opérer vite, et même dans ces conditions il est possible d'échouer, comme le démontre l'observation suivante, qui m'est personnelle, et qui a été rédigée par MM. les Drs Defontaine et J. Weil, qui m'ont assisté, ainsi que mon ami et collègue M. Perier.

Observation d'étranglement interne à marche suraiguë, traité par la laparotomie, au bout de dix-huit heures d'étranglement. — Mort par péritonite après quarante-quatre heures.

Généralement bien portant, M. E..., âgé de 58 ans, demeurant à Paris,

est un homme assez maigre, surmené par des exercices de corps et le travail intellectuel.

M. X... est sujet à une constipation opiniâtre et use fréquemment de lavements. Il y a vingt ans, il aurait porté préventivement un bandage inguinal double, mais en a abandonné l'usage depuis longtemps. Pas de syphilis, sobriété parfaite. A plusieurs reprises, crises de coliques, sans vomissements, durant quelques heures, survenant à la suite d'émotions et cédant à l'usage d'antispasmodiques. Du reste, ces crises avaient disparu depuis quinze ans environ.

Parfois M. X... ressentait quelques douleurs dans la région sus-pubienne à gauche de la ligne médiane.

Depuis son enfance, le malade est sujet, lors des chaleurs et après la marche, à une éruption de larges bulles pemphigoïdes évoluant en quatre ou cinq jours. Cette éruption, en quelque sorte annuelle, occupait surtout la plante des pieds, le talon, la face plantaire des orteils et les espaces interdigitaires des orteils. Elle ne déterminait aucun trouble général.

Dans la soirée du 25 mars, ayant eu une émotion dans la journée, le malade se plaint vers neuf heures, deux heures après un repas ordinaire, d'avoir mal digéré, et, vers dix heures, surviennent des coliques qui augmentent rapidement d'intensité. Ces douleurs occupent la région hypogastrique et s'accompagnent de rétraction testiculaire des deux côtés et de sensation de chaleur le long de l'urètre, et de brûlure au méat. Ces douleurs sont constantes, avec des exacerbations assez rapprochées. — Administration de cinq gouttes de laudanum, aucune amélioration.

Les douleurs deviennent de plus en plus violentes, les exacerbations plus fréquentes (toutes les minutes). La douleur irradie dans le flanc gauche et il se produit deux ou trois vomissements alimentaires pendant la nuit.

Il y avait eu une selle dans la journée, peu abondante. Aucune issue de gaz par l'anus dès le début des coliques. A cinq heures du matin le malade présente ses douleurs au maximum avec les caractères énumérés plus haut : le pouls est fréquent, la peau fraîche; il se produit en outre des crampes très violentes dans les membres, et particulièrement dans les mollets; les douleurs augmentent dans le décubitus latéral.

A huit heures, le malade a la face grippée, les yeux cernés; il est abattu, il présente à la palpation du refroidissement manifeste (température axillaire 36°,5 centigrade). Les vomissements continuent (liquide clair), ainsi que les crises de coliques qui reviennent toutes les cinq minutes. Un lavement purgatif à sept heures, ainsi qu'un bain d'un quart d'heure, sont restés sans effet. Au moment des crises, on voit se dessiner à travers la paroi abdominale les contractions vermiculaires des anses intestinales. Le ventre ne présente aucun ballonnement. La palpation dénote une sensibilité exagérée, surtout au niveau de la région hypogastrique, particulièrement à la pression exercée un peu à droite de la ligne médiane près du canal inguinal (lavement, piqûre de morphine). Les symptômes restent les mêmes jusqu'à dix heures, où se

montre brusquement un vomissement très abondant (une demi-cuvette) brunâtre, d'odeur manifestement fécaloïde ; un quart d'heure après, nouveau vomissement; troisième vomissement fécaloïde vers midi avec les mêmes caractères.

A deux heures, la face du malade est encore plus tirée ; les douleurs continuent très violentes, les crampes s'accentuent. Pas d'urine dans la vessie.

En présence de ces accidents et en l'absence de hernie appréciable, le diagnostic d'étranglement interne aigu est manifeste. Pour lever cet étranglement, qui siège probablement dans la région hypogastrique, la laparotomie est décidée.

A quatre heures, après de nouveaux vomissements fécaloïdes toujours abondants, les jambes sont enveloppées et le malade anesthésié au chloroforme; l'opération faite par M. Terrier avec l'aide de M. Perier est commencée à 4 heures trois quarts et exécutée de la façon suivante :

Précautions antiseptiques. — Une incision de dix centimètres environ sur la ligne médiane, allant de 1 à 2 centimètres du pubis à 3 ou 4 centimètres de l'ombilic, conduit jusque sur la ligne blanche qui es tincisée sur la sonde cannelée ainsi que le péritoine. De l'ouverture du péritoine s'écoule un liquide séreux (un demi-verre). On trouve des anses intestinales modérément distendues et présentant une teinte rougeâtre assez pâle. L'exploration dirigée du côté gauche de l'hypogastre ne fait rien découvrir ; elle est continuée du côté droit. Le grand épiploon tendu et adhérent en bas cache les anses intestinales de ce côté. Il est divisé entre deux pinces en T et réséqué sur une longueur de 6 ou 7 centimètres. Après cette résection, des ligatures à la soie phéniquée sont placées au delà des pinces sur les deux bouts de l'épiploon, qui est divisé aux ciseaux entre la ligature et la branche des pinces en T. On trouve alors une anse intestinale distendue et d'un rouge vif qui vient s'appliquer derrière la paroi abdominale au-dessus du pubis au niveau de la fossette inguinale moyenne profonde et à côté de laquelle se trouvent une anse affaissée et le segment inférieur du grand épiploon sectionné et adhérent. Les deux anses intestinales, réunies par des adhérences molles, sont facilement séparées avec le doigt qui est naturellement conduit vers le point de réunion de ces organes, et constate qu'ils sont engagés dans une sorte de dépression dont le collet les enserre, et à ce moment on se dispose à faire, au bistouri boutonné, un débridement sur l'agent de constriction ; mais une traction modérée, exercée sur l'intestin, dégage l'anse et rend inutile le débridement. La partie étranglée de l'intestin mesurait environ 3 ou 4 centimètres et présentait à ses deux extrémités la trace manifeste de la constriction. Elle avait une coloration d'un rouge violacé foncé uniforme, mais la vitalité de ses parois n'était altérée en aucun point. L'anse étant ainsi rendue libre, on détruit sa coudure et on la laisse librement flottante. La toilette du péritoine est rapidement faite avec une éponge et la suture de la paroi abdominale est faite avec du fil d'argent fort, comprenant le péritoine, et complétée par deux points superficiels.

Pansement de Lister. — L'abdomen est maintenu par un bandage de corps en flanelle recouvrant une couche de ouate (durée de l'opération, vingt à vingt-cinq minutes).

Le malade est assez long à se réveiller et à reprendre ses facultés. Il reste environ une heure dans un état d'agitation en quelque sorte inconsciente.

Avant le réveil complet il y a eu un vomissement séreux sans odeur. La douleur est en partie calmée, le malade se sent mieux au point de vue des coliques, qui ont disparu, mais il persiste une douleur abdominale sourde. Eau de seltz, champagne glacé, piqûre d'éther, une seringue ; linges chauds et boules d'eau chaude — un peu de calme.

Vers sept heures, chaque ingestion d'une gorgée de liquide est suivie de son expulsion immédiate. Éructations douloureuses avec retentissement dans tout l'abdomen. (Température à 8 heures, 38°.) L'agitation reprend; le malade veut se découvrir. Gêne respiratoire, douleur dans la région lombaire, l'intolérance gastrique s'accentue. A dix heures du soir piqûre de morphine. Le malade se plaint toujours d'un malaise et d'une anxiété extrêmes. Dans la nuit, soif intense et impossibilité de la calmer à cause du rejet immédiat des boissons ingérées. Demi-sommeil de vingt minutes environ. Vers le milieu de la nuit les douleurs de l'abdomen redeviennent plus vives mais continues et nettement distinguées par le malade des coliques qui ont précédé l'opération. Vers deux heures du matin, les matières rejetées changent de caractère: elles sont constituées par un liquide tenant en suspension une matière brunâtre pulvérulente analogue à du sang digéré en partie. Ce caractère ne fait que s'accentuer par la suite.

A huit heures du matin, mêmes symptômes, il y a du refroidissement des extrémités avec sueur profuse. Faiblesse extrême. Température, 37°. Émission d'urine. La palpation légère à travers le pansement ne paraît pas douloureuse. A partir de onze heures, injection d'une demi-seringue d'éther toutes les deux heures ; toutes les demi-heures, une cuillerée à café d'eau chloroformée; toutes les heures, une cuillerée à café d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/000°. D'ailleurs ces médicaments n'ont pas été plus tolérés que les autres boissons. Comme il n'y a pas eu d'expulsion de gaz par l'anus, une sonde rectale est introduite, mais sans résultat. Application constante de linges chauds. Néanmoins les accidents vont en s'aggravant; les crampes douloureuses réapparaissent, l'agitation devient incessante et s'accentue.

Vers deux heures après midi, la température s'élève; les sueurs deviennent très abondantes, le malade s'affaiblit de plus en plus. A quatre heures, l'intolérance gastrique disparaît, le facies péritonéal s'accentue, les yeux s'excavent, la dyspnée devient intense, le pouls petit presque filiforme ; la mort survient à six heures.

Le lendemain, issue de sang par la bouche, décomposition déjà avancée.

En résumé, la mort par péritonite aiguë survient quarante-quatre

heures après le début des accidents et vingt-six heures après l'opération.

On ne saurait trop insister sur la marche suraiguë des accidents.

Ils débutent le 25, à dix heures du soir, par des coliques, s'irradiant du bas ventre dans le flanc gauche et vers les testicules, et par des vomissements alimentaires. On dirait une colique néphrétique.

Sept heures après, crampes très douloureuses; au bout de dix heures, le facies est grippé, la température est à 36°,5, les coliques et les vomissements liquides persistent, pas de *ballonnement* du ventre, pas de gaz ni de matières par l'anus.

Enfin à la douzième heure, vomissements fécaloïdes et anurie. Le diagnostic d'étranglement aigu s'impose; on peut même supposer qu'il siège vers le canal inguinal, bien que les deux anneaux soient libres.

L'opération est faite dix-huit heures après le début des accidents; elle est rapide, 20 à 25 minutes, on lève facilement l'étranglement. Mais il y avait déjà de la péritonite et après une légère amélioration dans l'état du malade, la péritonite généralement suraiguë se développe et emporte l'opéré en dix-huit heures.

Que de différences entre ce fait et celui de M. Jeannel, et cependant tous deux étaient justiciables de la même pratique : la laparotomie hâtive.

En terminant son travail, M. Jeannel fait remarquer que malgré ses efforts il n'a pu opérer qu'avec une antisepsie relative, dans un milieu, il est vrai, très bon et très sain, une ferme isolée. Cependant sa suture n'a pas réussi complètement, et l'auteur attribue cette non-réussite à la toux qui a pu rompre les adhérences, et aussi, peut-être, au lavage trop répété de la plaie avec de la solution phéniquée forte. En cela, je suis de son avis, mais il oublie aussi la durée de deux heures de son opération, durée pendant laquelle les bords de la solution abdominale ont été quelque peu contus. C'est là un point important à noter pour les laparotomies faites dans ces cas, c'est-à-dire avec des parois résistantes qui ne cèdent pas comme celles qui ont été distendues par des tumeurs abdominales.

Enfin M. Jeannel, remarquant que la température de son malade n'a pas dépassé 38°,6 et est rapidement tombée à 37°, pense que cela tient au lavement phéniqué dont il a gratifié son patient pendant quatre jours.

Nous avouons ne pas partager cette illusion et n'accorder aux sus dits lavements qu'une influence des plus contestables sur l'asphyxie.

En résumé, Messieurs, l'observation de M. Jeannel est des plus intéressantes et je vous propose de la déposer aux archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Berger. L'importante question que soulèvent l'intéressante observation de M. le Dr Jeannel et le rapport de M. Terrier, a souvent préoccupé la Société de chirurgie; en 1879 et en 1880, particulièrement, l'opportunité de la laparotomie y a été longuement discutée. Malgré l'appoint favorable que viennent apporter à cette opération d'indiscutables succès, comme celui qui vous a été rapporté, l'indication elle-même ne me semble pas encore définitivement jugée, et si j'hésite actuellement à me ranger à ce mode d'intervention, j'y suis amené : 1° par la très grande obscurité qui règne sur le diagnostic dans un fort grand nombre de cas d'étranglement; 2° par la difficulté et la gravité extrême de la laparotomie en pareil cas, car, à côté de ses succès elle compte, je le crois, un grand nombre de revers, dans lesquels l'opération n'a fait que hâter la terminaison fatale.

C'est la conclusion que je tire des quelques faits qui me sont personnels, faits où l'indication avait été formellement établie par plusieurs de mes collègues, et qui se sont tous, invariablement, terminés par la mort.

Trois d'entre eux vous sont déjà connus; je vous les ai rapportés dans la séance du 3 novembre 1880 et je les résume de nouveau en quelques lignes.

Obs. I. — Laparotomie pratiquée chez un adulte, au 15e jour de l'occlusion, qui par son début subit avait paru, à MM. Gosselin, Périer et moi, devoir se rapporter à un étranglement interne. On trouve un cancer annulaire de l'S iliaque; établissement d'un anus contre nature, mort au bout de 23 heures.

La même semaine, M. Périer et moi, nous avons trouvé, au cours d'une opération de laparotomie pratiquée pour un étranglement présumé, sur un adolescent, à l'hôpital Saint-Antoine, une tumeur comprenant l'S iliaque; il avait fallu pratiquer un anus contre nature; le malade avait succombé.

Obs. II. — Laparotomie pratiquée le 13e jour d'un étranglement à début subit, sur un homme de 32 ans, avec l'aide de M. le Dr Périer. On trouve, en effet, un étranglement produit par un diverticule de l'intestin, avec torsion de l'intestin étranglé; ce diverticule fut sectionné, il y eut quelque soulagement, mais le malade mourut 36 heures après l'opération.

Obs. III. — Étranglement par une bride, chez un homme de 26 ans, que M. Gosselin avait opéré quelques mois auparavant pour une hernie congénitale interstitielle avec ectopie testiculaire; phénomènes d'occlusion subaiguë d'abord, puis étranglement aigu. Le 6e jour de ce dernier, laparotomie avec le concours de M. Périer. Au cours de l'opération l'intestin, gravement atteint, se déchire, et il faut pratiquer la résection de 6 centimètres d'intestin grêle et l'entérorrhaphie. Mort au bout de 12 heures.

Je n'eus plus l'occasion de pratiquer qu'une fois, depuis lors, la laparotomie pour un étranglement interne; voici la relation de ce cas, qui est intéressant à tous les points de vue :

Obs. IV. — D..., âgé de 22 ans, élève en médecine, jeune homme vigoureux et bien portant, mais souffrant d'une constipation habituelle; il ne va souvent que tous les cinq jours à la selle.

Dimanche 13 mars 1881, il dîne comme d'ordinaire; il a après son dîner une selle peu copieuse; il se livre deux fois au coït dans la nuit; aussitôt après, il sent un besoin impérieux, et, à 3 heures du matin, il a une garde-robe. Immédiatement, coliques vives, sensation de douleur aiguë dans le flanc gauche, vomissements alimentaires et bilieux fréquents.

Le 14 au matin, un lavement est pris sans effet; le malade continue à avoir, avec des rémissions, des coliques douloureuses et des vomissements bilieux; le 15, les vomissements ont diminué de fréquence ainsi que les douleurs; le 16, les vomissements ont cessé, les coliques sont moins vives, plus continues; le 17, même état, mais le malade se sent mal à son aise et s'affaiblit.

Je le vois, le 17, à 6 heures et 1/2 du soir. Facies assez bon; pouls rapide; peau chaude; abdomen nullement ballonné, sonore partout à la percussion, peu sensible. On peut explorer les fosses iliaques, qui sont libres de tumeur; il y a plus de sensibilité à droite qu'à gauche, néanmoins; les anneaux inguinaux, très larges, ne renferment pas de hernie. Cependant il existe des gargouillements énergiques et des contractions intestinales vives sans que les anses se dessinent à travers la paroi; depuis le 14, il n'y a plus eu d'émissions gazeuses ou liquides par l'anus; les lavements ont été rendus tels qu'ils ont été pris. Toucher rectal douloureux; le doigt, parvenu à la limite supérieure, sent un embarras qui pourrait en imposer pour l'extrémité d'une invagination (sensation de tumeur dépressible et mollasse, qui peut être due seulement à des anses intestinales comprimant le rectum).

Je fis ici, je l'avoue, ce que M. Terrier, dans son rapport, reproche à M. Jeannel d'avoir fait, et j'administrai un purgatif. Je sais bien que, dès 1862, M. Le Fort,, dans un article paru à la *Gazette hebdomadaire* et intitulé, si je ne me trompe, *De l'opium substitué aux purgatifs dans le traitement de l'étranglement*, s'est élevé contre l'emploi des purgatifs, a démontré qu'ils étaient le plus souvent nuisibles en pareil cas. Mais, en pratique, il me semble difficile de ne pas s'assurer

par soi-même, quand on est en présence d'un étranglement interne, qu'il existe un obstacle réel au cours des matières, et c'est pour cette raison que le purgatif, dit d'*exploration*, est encore mis en usage, même par ceux qui n'en méconnaissent pas les inconvénients.

Je fis donc administrer 45 grammes d'huile de ricin émulsionnée, par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure. A minuit, les quatre premières cuillerées, qui avaient été conservées, sont vomies avec la cinquième.

Le 18 au matin, il n'y a eu aucune évacuation ; le malade est plus fatigué. Dans la fosse iliaque droite on sent, au-dessous de l'endroit où doit être le cœcum, comme une masse intestinale agglomérée, très sensible à la pression; la douleur est surtout fixée en ce point.

A 9 heures, M. Boudet de Pâris, fait une séance d'électrisation; pôle positif sur l'abdomen, négatif dans une sonde rectale ; contractions intestinales énergiques, mais pas d'effet.

A 10 heures et demie, je vois le malade avec M. Périer, qui sent la même tumeur diffuse dans la fosse iliaque droite; M. Boudet de Pâris, fait le massage sous le courant faradique en cet endroit. Cette opération est très sensible et douloureuse; elle reste sans effet.

A 2 heures, nous injectons, sous une douce pression (1^m,50 à 2 mètres), de l'huile, au moyen d'une sonde œsophagienne introduite dans le rectum. L'introduction de la sonde est difficile; elle pénètre néanmoins à près de 20 centimètres quand l'huile commence à distendre le rectum.

A deux reprises, nous injectons ainsi 1 litre et demi d'huile, qui est rendue par une contraction énergique du rectum.

Le malade est très fatigué. M. Hayem, appelé auprès de lui, pense qu'il s'agit *peut-être* d'un obstacle siégeant assez haut sur l'intestin grêle, en raison de la tuméfaction que l'on sent et de la douleur maximum qui répond à deux travers de doigt en dehors et au-dessous de l'ombilic, à droite. Il ne se prononce pas sur le fait d'une invagination; il conseille de s'abstenir de tout traitement médical et de recourir aussitôt que possible à la gastrotomie; en attendant, deux injections d'un centigramme de chlorhydrate de morphine amènent un peu de repos.

Le 19, il y a eu quelques vomissements analogues à de la matière intestinale; toujours peu de ballonnement, mais assez de sensibilité du ventre. M. Gosselin, M. Terrier examinent le malade. M. Terrier est frappé, comme moi, de la sensation que donne le toucher rectal. Ils concluent tous les deux à la laparotomie.

Celle-ci est pratiquée à 4 heures et 1/4, en présence de MM. Périer, Terrier, Lucas-Championnière et Boudet de Pâris; elle est faite sur le lit Mariaud, avec toutes les précautions autiseptiques.

Chloroforme très difficile; agitation violente, puis sommeil calme. Incision de 8 centimètres; la paroi abdominale est épaisse, les deux muscles droits se touchent. A l'incision du péritoine, il s'écoule de la sérosité péritonéale citrine en grande abondance.

Deux doigts, introduits dans le ventre, ne sentent rien d'anormal;

les anses intestinales sont tendues au maximum ; les anneaux herniaires sont libres. L'incision agrandie de 3 à 4 centimètres, les doigts sont insinués avec beaucoup de difficulté, en raison de la pression abdominale, qui est énorme; ils ne sentent rien; on constate néanmoins que le cœcum est plein, mais on ne peut sentir l'S iliaque.

On étend l'incision au-dessus de l'ombilic. La main, placée dans le ventre, reconnaît : 1° que toute la partie inférieure et moyenne de l'abdomen ne renferme pas d'obstacle; le cœcum est très distendu, le côlon ascendant, tout l'intestin grêle aussi, et il existe une vive injection péritonéale. L'S iliaque, que l'on découvre, est aplati et n'a pas le volume du petit doigt; on le suit en haut, mais on perd le côlon descendant dans la région du rein, et il est absolument impossible de le sentir au delà. La rate, très saillante dans la cavité abdominale, est facilement sentie à ce niveau. Un grand nombre d'anses ont été extraites; en suivant alors le côlon ascendant, on trouve qu'il s'engage dans une sorte de trou situé très haut au flanc droit; en avant est une bride qui va se fixer en bas et en arrière à la paroi abdominale, près d'une anse d'intestin; au delà, le côlon transverse est revenu sur lui-même sans être aussi rétréci que l'S iliaque. La bride, attirée au dehors, est coupée entre deux ligatures, et alors les gaz paraissent passer dans le côlon transverse et le cœcum paraît un peu moins tendu.

L'état grave où est le malade, qui respire mal et est dans un état presque syncopal, empêche de pousser plus loin les recherches; la question de faire un anus contre nature sur le cœcum, un instant agitée, est résolue par la négative par mes collègues. Une ponction oblique de l'intestin, avec une aiguille, permet d'évacuer les gaz et de réduire l'intestin. Suture abdominale très serrée par 12 fils. Pansement de Lister.

L'opération a duré 1 heure et 1/2.

Le malade est extrêmement faible et le pouls est petit et mauvais.

A 7 heures, au réveil, délire violent; le malade arrache son pansement et se jette d'un bout à l'autre de son lit. Grâce à une injection de morphine, le malade se calme, mais un refroidissement rapide se produit, le pouls disparaît, et la mort survient le lendemain matin à 5 heures.

Au moment de mourir, le malade rendit une très grande quantité de matières liquides par l'anus, et, quand on vint pour l'ensevelir, on trouva son lit tout inondé de matières fécales.

Eh bien, Messieurs, quoique dans ce cas nous ayons pu découvrir et sectionner une bride, quoique le malade ait rendu avant sa mort assez de matières pour que l'on pût croire que l'obstacle qui s'opposait à leur cours avait été levé, il m'est resté, il nous est resté à nous tous qui avons assisté à l'opération, des doutes sur ce point, et je me demande encore aujourd'hui si c'est bien l'agent de l'étranglement que nous avons trouvé et sectionné. Quand on

ne peut se guider par la vue, les sensations que donne la main comprimée par l'énorme pression qu'exercent sur elle la paroi abdominale et la réaction des viscères sont si peu nettes qu'on agit en réalité à l'aveugle ; et si nous avons dans ce cas terminé l'opération, je dois dire que ce fut plutôt par le découragement et par la crainte que nous donnait l'état du malade, que dans la conviction d'avoir fait une besogne utile. Les évacuations mêmes qui se produisiront ne me paraissent pas une preuve suffisante de l'efficacité de l'intervention; M. Gosselin, à qui je rendais compte du résultat funeste de cette opération, me dit, et le souvenir des paroles dictées par une si grande expérience m'est resté, qu'il avait parfois observé un rétablissement spontané du cours des matières dans les dernières heures qui précédaient la mort, chez des sujets atteints d'étranglement.

Il faut avoir pratiqué un certain nombre d'opérations semblables sans bénéfice aucun, et bien au contraire, pour se rendre compte de ce qu'a de rebutant et de pénible la nécessité de faire sortir et d'exposer à l'air la plus grande partie de l'intestin déjà enflammé, pour aller à la recherche d'un obstacle dont l'existence même est douteuse, et être forcé en fin de compte de refermer le ventre sans être sûr d'avoir au moins rempli l'indication chirurgicale. Or, ici, malgré tous les développements qu'on peut lui donner en théorie, il faut l'avouer, le diagnostic nous laisse bien souvent en défaut. J'ai vu tel malade chez lequel un étranglement aigu avait été affirmé, pour lequel on était arrivé jusqu'aux préliminaires de l'opération, et qui sortait quelque temps après de l'hôpital spontanément guéri, sans aucune intervention chirurgicale. J'ai été appelé auprès d'un mourant présentant tous les signes d'un étranglement, et auquel je ne pratiquai pas l'opération, parce que la terminaison fatale était imminente ; à l'*autopsie*, on trouva qu'il était atteint d'une péritonite tuberculeuse. J'ai cité l'histoire de deux sujets sur lesquels un étranglement avait été diagnostiqué presque avec certitude ; l'un et l'autre étaient atteints de cancer du gros intestin. Et si la nature de l'obstacle au cours des matières prête à tant d'erreurs, que dire du siège même où il faut aller chercher l'étranglement : la dernière observation que je viens de citer est fort probante à cet égard ; nous croyions à un obstacle siégeant sur l'intestin grêle ; l'étranglement portait certainement sur le gros intestin.

Ce n'est pas que je méconnaisse la valeur des beaux cas de guérison qui ont été publiés, qui ont été autrefois apportés ici même par M. Terrier, dont l'observation de M. Jeannel est un nouvel exemple, mais en présence des incertitudes qui flottent encore sur le diagnostic de l'existence, de la nature et du siège de l'obstacle,

devant la gravité excessive d'une intervention chirurgicale qui hâte la mort quand elle n'est pas absolument efficace, et qui n'assure même la guérison que dans la minorité des cas où elle a rempli son but immédiat, la levée de l'obstacle, je me demande si, en l'absence de signes locaux d'une certitude presque absolue, permettant de localiser la lésion et l'action chirurgicale presque sans hésitation, il ne vaudrait pas mieux renoncer à la laparotomie et à la recherche de l'obstacle, et se borner à remplir l'indication palliative d'ouvrir une issue aux matières par une voie artificielle comme celle que crée l'opération de Littre, ou, si elle n'est pas exécutable, l'opération d'entérotomie de Nélaton.

M. Le Fort. L'opération de Nélaton a donné quelques succès, mais, en général, sa mortalité est effrayante. Sans doute, la laparotomie est, elle aussi, une opération sérieuse, mais je la regarde comme moins grave que la première, et à ce titre je pense qu'elle doit lui être préférée. Je citerai, à ce sujet, le cas d'un jeune homme atteint d'étranglement interne, chez lequel je pratiquai de bonne heure la laparotomie : l'incision abdominale fut très petite, je n'eus besoin d'introduire que deux doigts pour déchirer une bride et dégager l'intestin. Trois semaines après, le malade quittait l'hôpital complètement rétabli.

M. Monod. J'ai fait deux laparotomies sur des malades *in extremis*, et mes deux malades ont succombé.

Je ne pense pas cependant que ce soit là une raison pour abandonner l'opération, car il existe d'autres statistiques beaucoup plus favorables. Telle est la statistique de Schramm qui porte sur un total de 190 cas. Elle donne une mortalité de 64.2 0/0. Si même on établit une différence entre les cas antérieurs à 1873 et ceux qui sont postérieurs à cette époque, on trouve que la proportion, qui est de 73 0/0 dans le premier cas, n'est plus que de 58 0/0 dans le second.

Les succès sont d'autant plus nombreux que le malade est opéré plus tôt.

Présentation d'appareil.

M. Le Fort présente un appareil destiné au genu valgum et permettant la marche pendant la durée du traitement; il met sous les yeux de la Société la photographie d'un petit malade âgé de huit ans, qu'il a traité et guéri en deux ans d'un double genu

valgum à l'aide de cet appareil, et fait à ce propos la communication suivante :

Genu valgum guéri par l'application pendant deux ans d'un appareil permettant la marche, par M. Le Fort.

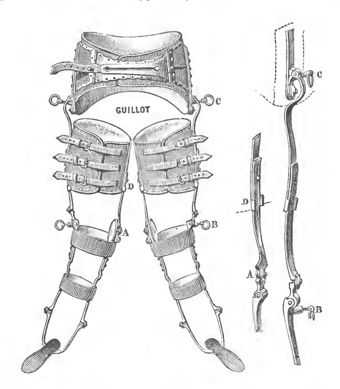
Lorsqu'on a vu la série si remarquable de malades adultes présentés l'année dernière par M. Robin (de Lyon), malades guéris du genu valgum par l'ostéoclasie, il est difficile de ne pas reconnaître l'efficacité de cette méthode, quel que soit l'appareil employé pour



déterminer le brisement de l'os; quand, d'un autre côté, on lit le livre de Macewen, on ne peut qu'applaudir aux résultats obtenus, tout en éprouvant un sentiment de commisération pour une population qui, en peu de temps, offre à un seul chirurgien l'occasion de redresser 367 genoux cagneux. Si à ces méthodes nous joignons celle de Delore, origine première de toutes les autres, on voit qu'on ne manque pas aujourd'hui de moyens rapides relativement sûrs de guérir cette difformité.

Cependant, Messieurs, il est encore aujourd'hui des esprits craintifs, timorés, qui tout en applaudissant aux incontestables progrès réalisés auraient encore, s'il s'agissait de leurs enfants, une vive répugnance à lour casser la cuisse et le plus souvent les deux cuisses, ou à leur détacher d'un coup de ciseau de menuisier,

le condyle interne du fémur. Je suis de ceux-là, et je suis bien forcé d'avouer que si l'un de mes enfants avait un genu valgum, je serais assez pusillanime, assez rebelle aux brillants succès des méthodes expéditives, pour ne me décider à lui casser la cuisse qu'après avoir tenté de le guérir par un appareil de redressement. J'ai donc dû agir pour les autres, comme à l'occasion j'agirais pour les miens, c'est ce qui m'a amené, il y a trois ans, à imaginer pour un jeune enfant de 8 ans l'appareil que je décrirai dans un instant.



Bien que les lésions du genu valgum soient très diverses et très variables suivant les sujets, je persiste dans l'opinion que j'émettais il y a plusieurs années devant la Société de chirurgie à propos d'un malade que présentait M. Tillaux, malade opéré par la méthode de Delore et si amélioré qu'au point de vue pratique on pouvait le regarder comme complètement guéri. Je croyais et je crois encore que, dans la plupart des cas, la lésion ne consiste pas, comme dans l'exemple fourni par M. Kuliez et reproduit dans le livre de Macewen, en un abaissement de tout le condyle interne, dans un changement de direction de la ligne inter-épiphysaire ; je croyais et je crois encore qu'il n'y a assez souvent, le plus souvent

même qu'un simple changement de forme dans la partie antérieure du condyle interne.

Le plus souvent le genu valgum n'existe que dans l'extension complète de la jambe sur la cuisse et il disparaît pour peu qu'on fléchisse très légèrement la jambe, même à un angle de 160 degrés. A défaut de pièces pathologiques que je ne possédais pas, j'ai voulu me rendre compte du mécanisme sur le cadavre. Après avoir préparé l'articulation, j'ai scié obliquement le condyle interne afin de pouvoir l'abaisser ou modifier sa direction et sa forme. Si l'on se contente d'abaisser le condyle de un, deux et même trois centimètres à une flexion de 90 et même de 110 degrés la déviation disparaît et cela se comprend puisque le tibia roule sur la partie postérieure des condyles fémoraux qui sont au même niveau ; mais à 120 et surtout à 130 degrés le genu valgum subsiste. Si au contraire laissant les deux condyles en situation normale, on se contente d'ajouter une mince épaisseur d'un corps dur quelconque, carton ou gutta-percha, uniquement sur la partie antérieure du condyle, on a alors les phénomènes que présente d'ordinaire le genu valgum. Il existe dans l'extension complète, il disparaît par une simple flexion à 160 degrés.

Si j'avais cru que la déformation consistât en un abaissement du condyle dans sa totalité, je n'aurais pas songé au redressement lent, car on ne pourrait songer par la pression à modifier la hauteur de tout le condyle, à le faire en quelque sorte remonter ; mais je me disais que si la lésion, si l'altération de forme, si la saillie anormale n'occupait qu'un point très limité de la surface articulaire, on devait pouvoir, surtout chez les enfants, obtenir une rectification de forme. En effet, chez eux la nutrition du squelette est d'autant plus active qu'elle n'a pas seulement pour but l'entretien, mais aussi l'accroissement de l'os ; aussi pouvait-on espérer modifier par une pression constante la nutrition et par suite la forme du condyle.

En avril 1879 M. Marchand qui m'avait remplacé quelque temps dans mon service, voulut bien me réserver un genu valgum, afin me dit-il, de me laisser l'occasion de faire l'ostéotomie. Je lui répondis que j'espérais le redresser par un appareil et comme il ne me cachait pas son incrédulité à cet égard, je l'invitai à revenir voir le malade quelques mois plus tard. L'appareil que j'employai fut des plus simples. Il consista en un cuissard plâtré, dans lequel s'engageait une forte attelle de bois, longeant la face interne du membre et nécessairement, en raison du genu valgum, s'en écartant fortement au niveau du cou-de-pied. Le traitement consista à entourer le bas de la jambe et l'attelle d'un bandage circulaire qui mettant en jeu l'élasticité de l'attelle attirait la jambe en dedans. Au bout de deux mois, le redressement en partie effectué m'obligea

à remplacer l'attelle de bois par une large attelle de tôle d'acier, fortement courbée en dedans pour l'écarter du pied et permettre la direction en dedans de la jambe. Au bout de quatre mois le malade était guéri.

Cependant, Messieurs, si je rapporte le fait, ce n'est pas pour vous engager à répéter l'expérience. Il est peu pratique de tenir un malade au lit pendant quatre mois et j'ajoute de suite que pour le genu valgum des adultes, je suis et reste partisan de l'ostéoclasie parce que c'est à peu près le seul traitement efficace. Mais chez les enfants il n'en est plus de même, on peut réussir autrement et chez eux l'ostéoclasie, l'ostéotomie me paraissent, en dehors des répugnances dont je parlais tout à l'heure en faisant allusion aux sentiments du père de famille, avoir un danger éloigné qu'il est bon de prévoir. L'inflammation que détermine la fracture, la section du condyle ou le décollement de l'épiphyse doit avoir pour effet de déterminer l'ossification prématurée de l'épiphyse et par suite l'arrêt relatif de l'accroissement du fémur en longueur.

J'étais dans les idées que je viens de vous rappeler lorsque, en 1882, M. Gripouilleau de Montlouis, près Tours, l'inventeur du bras artificiel pour les pauvres m'adressa un jeune garçon, B..., Charles, âgé de 8 ans ayant un double genu valgum très prononcé. Je voulus essayer de le guérir, par le port d'un appareil permettant la marche, tout en agissant sur la difformité et avec l'aide de M. Guillot j'imaginai l'appareil que je vous présente.

Il présente la disposition suivante : au niveau du genou, les deux attelles interne et externe du cuissard sont réunies aux attelles jambières correspondantes par une articulation permettant l'extension et la flexion du genou. Au-dessous de cette articulation, l'attelle jambière externe présente une articulation à marteau dont l'effet est de redresser la jambe en dedans par l'action de la vis *B* ; pour que ce redressement fût possible, il fallait également une articulation latérale sur l'attelle jambière interne ; mais cela ne suffisait pas encore, il fallait que l'articulation *A* pût remonter automatiquement au fur et à mesure du redressement de la jambe. Nous y sommes arrivés en formant l'attelle interne de la cuisse de deux parties glissant librement entre elles en *D*. Deux coussins supportés en *A* par des plaques de tôle d'acier donnaient un point d'appui solide à la face interne du condyle interne lequel supportait toute la pression.

L'enfant porta l'appareil sans être gêné, sans rien changer à ses habitudes, allant à l'école assez éloignée de sa demeure, jouant avec ses camarades. Il est vrai qu'il le porta près de deux ans, mais au bout de ce temps il était guéri. Son père m'adressa sur ma demande sa photographie que je vous soumets, vous pouvez voir que

le redressement est complet ; je n'ai pas vu l'enfant depuis sa guérison, mais je copie ce passage d'une lettre de M. Gripouilleau, son médecin, qui a dirigé le traitement et l'emploi de l'appareil :

« L'enfant marche, court sans son appareil, c'est un beau résultat dont je vous félicite bien sincèrement et dont la famille est reconnaissante. » J'aurais voulu vous apporter le moulage sur lequel a été fait l'appareil, parce qu'il vous aurait mieux permis de constater l'état de l'enfant au début du traitement, mais ce dessin fait sur ce moulage reproduit fidèlement et sincèrement l'état des choses et il aura l'avantage de pouvoir en figurant dans le *Bulletin*, suppléer à ce qu'une description a toujours de défectueux et d'obscur.

Lecture.

M. Auffret (de Brest) lit un *Mémoire sur les occlusions intestinales*.

Commission composée de MM. Bouilly, Berger, Tillaux, rapporteur.

Présentation de malade et de pièce.

Ostéo-sarcome de l'extrémité externe de la clavicule; résection des trois quarts externes de cet os; guérison avec conservation de tous les mouvements du bras, par M. Polaillon.

Chez l'opéré que je présente, l'ablation des trois quarts externes de la clavicule n'a produit qu'une déformation fort légère. Le bord antérieur de l'épaule est un peu aplati ; sa face supérieure un peu déprimée. Comparativement à l'épaule du côté sain, l'épaule du côté opéré est portée en avant et un peu tombante. Mais il faut y regarder de très près pour constater ces diverses défectuosités. Lorsque le sujet est habillé, on ne se douterait pas qu'il lui manque une partie de sa clavicule. Cependant cet os ne s'est pas reproduit.

Quant aux mouvements, on constate qu'ils sont intacts. L'opéré élève facilement le bras et le maintient dans une position horizontale. Il peut porter sa main sur le sommet de la tête et derrière celle-ci. Il peut aussi porter la main derrière le dos.

L'ablation des trois quarts de la clavicule a été nécessitée par un ostéo-sarcome que je mets sous les yeux de la Société.

Voici l'observation de ce malade recueillie par les soins de M. Chrétien, interne de mon service :

Le nommé Émile M..., âgé de 16 ans, m'a été adressé, le 26 janvier dernier, par mon honorable confrère et ami le Dr Dromain, pour être admis dans mon service de la Pitié.

Ce jeune malade ne présente aucun antécédent pathologique, et, à sa connaissance, aucun membre de sa famille n'a été atteint de tumeur.

Il y a dix-huit mois, une tuméfaction se montrait sur la face supérieure de l'extrémité externe de la clavicule droite. Comme elle ne gênait pas les mouvements de l'épaule et qu'elle n'était pas douloureuse, on n'y prêta pas, d'abord, grande attention. Puis son volume augmentant sans cesse, on fit des applications répétées de teinture d'iode, qui ne produisirent aucun effet. D'ailleurs, la santé se conservait très bonne. Ce n'est que l'accroissement considérable de la tumeur qui décida le jeune malade à demander son ablation.

Sur la moitié externe de la clavicule droite et faisant corps avec elle, existe une tumeur grosse comme le poing, d'une consistance osseuse, un peu bosselée à sa surface, En avant, elle dépasse légèrement le bord de la clavicule, en arrière elle s'étale dans la fosse sus-épineuse ; en dedans, elle fait une saillie anguleuse très prononcée dans le triangle sus-claviculaire. La peau est absolument normale. La pression sur la tumeur est indolore, excepté au niveau de la saillie qui surmonte le creux sus-claviculaire. Le malade en souffre spontanément, ni le jour, ni la nuit, mais il éprouve quelques douleurs au niveau des insertions supérieures du deltoïde lorsqu'il écrit pendant longtemps. Les mouvements brusques du bras sont aussi un peu douloureux. Le mouvement d'élévation est surtout pénible et très limité.

L'innervation et la circulation du membre supérieur droit ne sont en rien troublés. Le pouls radial est normal, aussi fort que du côté gauche. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Rien, en un mot, n'indique qu'il y a une compression des troncs vasculaires ou nerveux au niveau de la clavicule malade.

Les ganglions cervicaux et axillaires sont sains.

Lorsqu'on saisit la tumeur, on sent qu'elle est mobile avec la clavicule. En soulevant le moignon de l'épaule, on constate qu'elle se détache de la partie supérieure de la poitrine et qu'elle n'a pas contracté des adhérences dans la profondeur avec la première côte ou les tissus voisins. En faisant contracter le trapèze, il est aisé de s'assurer que les insertions claviculaires de ce muscle se confondent avec la masse morbide.

De l'ensemble de ces signes, nous concluons qu'il s'agit d'un

sarcome de la clavicule, sans compression vasculaire ou nerveuse et sans adhérence avec les parties profondes.

L'opération eut lieu le 29 janvier, sous le spray phéniqué et pendant la chloroformation. Le Dr Dromain assistait à l'opération.

Je fis une incision en fer-à-cheval qui, partant de l'insertion du sterno-mastoïdien, suivit le bord antérieur de la clavicule, contourna le moignon de l'épaule et cheminant en arrière sur la fosse sus-épineuse, vint se terminer en dedans de la tumeur. Il en résulta un vaste lambeau dont la base répondait au cou. Ce lambeau ayant été disséqué, sans raser de trop près les tissus malades, il me fut facile de sectionner la clavicule avec une pince de Liston immédiatement en dehors de l'insertion du sterno-mastoïdien, puis de désarticuler son extrémité externe. Pour isoler la tumeur, il fallut couper les fibres du deltoïde et du trapèze qui viennent s'insérer à la clavicule. Il suffit ensuite de soulever la portion sectionnée de cet os pour terminer l'ablation sans risquer de blesser le paquet vasculo-nerveux.

Après quelques ligatures avec des fils de catgut placées sur les vaisseaux qui donnaient du sang, le lambeau fut rabattu et suturé. Un drain fut établi à la partie postérieure de l'incision. Pansement de Lister complété par une compression avec de l'ouate.

Je recommande au malade de tenir la tête inclinée sur le côté droit afin de ne pas tirailler son lambeau.

Le pansement est renouvelé les 31 janvier, 4 et 6 février. La plupart des points de suture sont enlevés. Les lèvres de l'incision tendent un peu à s'écarter, parce que le lambeau est attiré en dedans par les mouvements de la tête et du cou qu'il est bien difficilo de supprimer complètement. Un peu de suppuration à la face profonde du lambeau.

Le 13 février, quatrième pansement. Les dernières sutures sont enlevées. Le drain est retiré. L'écartement des lèvres de l'incision est de plus en plus marqué. Il s'est formé à ce niveau une traînée de bourgeons charnus de bonne nature. La face profonde du lambeau est réunie aux parties sous-jacentes.

Depuis l'opération, l'état général a toujours été excellent.

Le 9 mars, Émile M... sort guéri de la Pitié.

Présentation d'appareil.

M. Larger présente un nouvel irrigateur-injecteur en caoutchouc, appelé le *Panclyse du Dr Gerral* et déjà présenté à l'Académie le 17 mars dernier.

Ce qui a fait la fortune de l'irrigateur Eguisier et ce qui l'a fait

préférer à juste titre aux injecteurs de caoutchouc (enemas), c'est la faculté que possède cet appareil de se charger à l'avance, de telle sorte qu'il n'y ait, au moment de s'en servir, qu'un robinet à ouvrir.

Mais l'irrigateur Eguisier est un instrument compliqué, fragile, exigeant, pour en obtenir un fonctionnement régulier, un entretien et des soins continuels, tels que nettoyage, graissage du piston, etc..., toutes précautions généralement négligées par le public; de là, des réparations aussi fréquentes que malencontreuses.

Le panclyse du Dr Gerral réalise tout à la fois, par l'extrême simplicité de son mécanisme, les avantages de l'irrigateur Eguisier et des poires de caoutchouc ou enemas, sans présenter aucun de leurs inconvénients. Construit par M. Desbaus avec l'excellent caoutchouc Warne, le nouvel appareil rappelle par sa forme la soufflerie Richardson. A l'aide d'une poire (enema), on emmagasine par avance dans un ballon recouvert d'un filet, la quantité de liquide dont on se sert habituellement pour une injection ou un lavement (environ 500 gr. ou 1/2 litre; c'est la capacité du ballon quand il est distendu).

L'appareil ainsi chargé à l'avance peut se transporter où l'on veut, même au lit. Il n'y a, pour s'en servir, qu'à ouvrir un robinet à l'aide duquel on règle à volonté la puissance du jet et le débit du liquide. La pression est produite par l'élasticité du ballon.

On voit, d'après cela, de quelle parfaite commodité il sera à une *femme couchée* ou à un malade au lit, de prendre une injection ou un lavement, sans l'aide toujours désagréable d'une autre personne. En résumé : grande simplicité du mécanisme, absence complète d'entretien et de soins, légèreté et maniabilité parfaites, tels sont les avantages du panclyse sur l'irrigateur Eguisier.

Présentation de pièce pathologique.

M. Tillaux met sous les yeux de la Société deux corps étrangers articulaires du genou gauche qu'il a extraits chez un homme de 51 ans, les portant depuis au moins 16 ans — opération à ciel ouvert suivie d'une guérison rapide. — L'un de ces corps a la forme et le volume d'une amande, l'autre représente presque une petite rotule.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
Gillette.

Séance du 1er avril 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications médicales de la semaine;

2° Le tome IX de la 4e série des *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, année 1884;

3° *Notes et mémoires de chirurgie clinique*, par M. Grynfeltt, professeur à la Faculté de Montpellier;

4° Des lettres de candidature de MM. Humbert, Kirmisson, à la place de membre titulaire déclarée vacante.

Présentation de pièce anatomo-pathologique.

Fracture de la rotule.

M. Després montre la rotule d'un homme de soixante-seize ans qu'il a fait présenter à la Société il y a quelques semaines, et qui depuis est mort de pneumonie, dans le service de M. Peter, 63 jours après sa fracture. Les fragments sont en contact, réunis par un tissu fibreux serré dans l'épaisseur duquel on trouve des aiguilles osseuses. — Il avait été traité par l'élévation du membre, puis par la compression méthodique ouatée resserrée quotidiennement pendant 35 jours. Nul doute que si ce malade eût vécu, ces aiguilles osseuses augmentant de volume, le cal, partiellement fibreux, ne se fût transformé en un cal entièrement osseux.

M. Berger. La pièce que nous a présentée M. Després est intéressante à plusieurs points de vue.

On y voit tout d'abord que, quelque parfaite qu'ait été la répara-

tion de la solution de continuité, le cartilage est réuni par un tissu intermédiaire qui n'a rien de commun avec le tissu cartilagineux.

La cicatrisation du tissu osseux s'est faite dans des conditions telles, que les fragments sont réunis avec un écartement en avant et un parfait affrontement en arrière. C'est là un inconvénient sérieux que l'on rencontre à la suite de presque toutes les fractures de rotule. Le seul moyen d'y remédier serait la suture de la rotule.

Je fais des réserves au sujet de la réalité de la consolidation osseuse. Comme il y a une certaine mobilité entre les fragments, on peut fort bien admettre l'existence d'un cal fibreux très court.

M. Lucas-Championnière. Le cas de M. Desprès est un très beau cas de réunion, et bien qu'il persiste encore un certain degré de mobilité entre les fragments, je n'hésite pas à dire que si l'on était sûr d'obtenir toujours un pareil résultat, il n'y aurait jamais lieu de songer à suturer la rotule. Malheureusement, c'est là un cas tout à fait exceptionnel, et il nous est impossible de savoir quelles sont exactement les circonstances dans lesquelles on peut l'obtenir.

M. Richelot. J'ai vu une malade dont la rotule fracturée s'était consolidée aussi bien que celle que vient de nous présenter M. Desprès. Seulement, les deux fragments se sont écartés aussitôt que la malade a commencé à marcher. — C'est ce qui est arrivé aussi à un confrère atteint de fracture de rotule guérie avec un cal supposé osseux et dont l'écartement des fragments s'est effectué dès qu'il a commencé à marcher.

M. Desprès. Je n'ai pas dit que le cal présenté par moi fut un cal osseux. Je me suis borné à déclarer qu'il contenait un certain nombre d'aiguilles osseuses, et qu'il y avait tout lieu de penser que par la suite, l'ossification se serait complétée.

Le cas actuel est un cas exceptionnel, c'est incontestable. Il l'est d'autant plus, que le malade était un homme de soixante-seize ans. Mais il se rencontrerait certainement plus souvent si le malade voulait se soumettre exactement au traitement, c'est-à-dire s'il pouvait tolérer pendant un temps suffisant la position élevée gênante donnée au membre blessé et s'il pouvait supporter assez longtemps une compression bien faite, c'est-à-dire répétée tous les jours.

Discussion sur la laparotomie.

M. Gillette. A entendre parler M. Le Fort, comme il l'a fait au sujet du rapport de M. Terrier, il semble que la laparotomie soit une opération bien réglée, facile, aussi rationnelle que possible, moins sérieuse que l'entérotomie, se terminant le plus souvent sans

accident : on sectionne la paroi abdominale, on introduit deux doigts, on divise ou on lie une bride, on suture les lèvres de la plaie et la guérison a lieu. — Malheureusement il est loin d'en être toujours ainsi, tant s'en faut, à mon avis du moins. M. Le Fort a pratiqué une seule laparotomie, il a eu une guérison très heureuse. Mais, je le répète, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement.

Je ne partage pas du tout l'avis de notre collègue et j'aurais tendance à me ranger à l'opinion moins optimiste de MM. Berger et Monod.

J'ai présent à la mémoire plusieurs laparotomies et anus contre nature que j'ai pratiqués et la comparaison que je puis aujourd'hui établir entre ces deux opérations n'est guère, je l'avoue, en faveur de la laparotomie. — Ma statistique est modeste, mais ajoutée à celles de M. Berger et de M. Monod elle donne un contingent avec lequel il faut compter.

Trois laparotomies ont été pratiquées par moi et je vous demande la permission de retracer ici brièvement l'histoire de chacune d'elles.

La première fut faite à Bicêtre, en 1880, chez un homme de 60 ans, atteint d'étranglement interne type, diagnostiqué par mon collègue M. Debove et datant de huit jours. Le chloroforme fut donné par mon interne, M. Capitan, et après l'incision de la paroi abdominale au moment où j'introduisis la main dans le ventre, le malade fut pris d'un vomissement, probablement les matières coulèrent dans la trachée car il succomba instantanément, rien de toutes les tentatives que nous fîmes pour le ranimer ne réussit. *L'autopsie* ne nous révéla absolument *aucune trace anatomique d'étranglement interne.*

Une deuxième laparotomie fut faite par moi sur un marchand de vins de la rue Notre-Dame-des-Victoires qui m'avait été adressé par le Dr Le Blond. C'était un gros gaillard de 45 ans, replet, fortement musclé et très gras, alcoolique et chez lequel les accidents dataient de dix jours. En raison de la distension énorme du ventre, j'eus une grande difficulté pour introduire la main dans la cavité abdominale ; l'exploration, dans toutes les régions de cette cavité, *fut tout à fait négative :* je crus rencontrer quelques brides péritonéales que je rompis plutôt par acquit de conscience que persuadé que je levais un étranglement : je rentrai avec beaucoup de difficulté toutes les anses intestinales qui avaient fait issue par la plaie abdominale, les vomissements bilieux continuèrent si abondamment que le malade crachait les matières à plus de trois mètres de son lit : il succomba au bout de trois jours et je ne pus faire l'autopsie.

La troisième laparotomie que je pratiquai le fut à l'hôpital Tenon, en 1883, chez un homme d'une cinquantaine d'années, de constitu-

tion assez chétive et dont les phénomènes d'étranglement remontaient à 12 jours. Je trouvai un *diverticulum intestinal* avec rétrécissement à son niveau; j'établis un anus contre nature et le malade mourait au bout de quarante-huit heures. L'observation a été publiée par mon interne, M. Blocq, dans l'*Union médicale* de 1883.

Voilà pour les laparotomies et vous voyez que les résultats obtenus ne sont guère brillants.

J'ai souvenance, maintenant, d'avoir établi *quatre anus contre nature*, pratiqués par la méthode de mon maître, Nélaton, c'est-à-dire à droite.

La première opération fut faite chez une grosse femme de 48 ans, à Conflans, en 1877, pour un étranglement datant de six jours ; j'avais d'abord pratiqué chez cette malade le toucher ou plutôt l'exploration rectale avec la main et l'avant-bras introduits dans l'intestin suivant la méthode de Simon de Heidelberg et cet examen ne m'avait donné aucun résultat : je dirai en passant que ce toucher profond donne une sensation bien curieuse que je comparerais au *cri de l'étain* et qui est due aux petites déchirures multiples, soit de la muqueuse intestinale, soit de la tunique musculeuse, qui sont inévitables à la suite de la distension dont le canal intestinal est l'objet. — Dans ce premier cas la survie de la malade a été de 19 mois au moins.

La deuxième malade chez laquelle j'établis un anus contre nature, à Saint-Mandé, était une femme maigre assez cachectique; elle a eu une survie de 13 mois.

Ma troisième opération a été faite l'année dernière à l'hôpital Tenon. Au bout de quinze jours, le malade expulsait par l'anus normal une portion d'intestin gangrenée extrêmement fétide, d'une longueur de 20 centimètres; il y avait eu ici, incontestablement, une invagination intestinale. Il y eut survie de 8 ou 9 mois.

Quant à la quatrième opération d'anus contre nature, que je pratiquai à Tenon encore l'année dernière, elle eut lieu sur une vieille dame grecque que m'avait adressée le Dr Bloch, de Saint-Mandé, et qui prétendait descendre en droite ligne d'Hippocrate. C'était une personne très grosse, forte mangeuse, mais d'une mauvaise constitution. Elle ne survécut que 15 jours.

Pour moi, l'anus contre nature, quoique opération très sérieuse, certainement, n'est pas d'une gravité immédiate très grande ; il constitue une opération *réglée*, parant tout de suite aux accidents d'étranglement et pouvant permettre à une époque ultérieure qu'il est difficile de préciser, aux causes de cet étranglement de s'atténuer et de disparaître d'elles-mêmes (volvulus, invagination, paralysie, etc.). Cette opération est la seule qui soit applicable dans le

cas de tumeurs néoplasiques siégeant sur le trajet du canal intestinal. — En un mot, cet anus contre nature remédie à des symptômes pressants et permet d'attendre.

La laparotomie, plus aisée en apparence, car il n'est pas difficile de faire une large boutonnière à la paroi abdominale, est au contraire une *opération non réglée d'avance* où le chirurgien va à l'aventure, à la découverte d'une inconnue dont souvent il ne trouve aucune trace (les cas de M. Berger et mes deux exemples en font foi). Elle est certainement plus grave immédiatement que l'anus contre nature, par suite des recherches minutieuses auxquelles on se livre dans les diverses régions de l'abdomen et elle est obligée souvent aussi de se terminer par l'établissement d'un anus contre nature (on fait alors deux opérations graves au lieu d'une) comme j'ai été forcé d'y arriver chez mon malade de Tenon qui présentait un diverticulum intestinal.

La laparotomie ne convient guère que dans trois cas, brides, volvulus, invagination, c'est-à-dire quand le diagnostic est précis, or je ne crois pas m'avancer beaucoup en disant que chez le plus grand nombre des malades que nous avons sous les yeux, *l'étranglement interne ne donne jamais une précision absolue au point de vue de la cause.* — Je regrette certainement, au lieu d'avoir fait la laparotomie, de ne pas avoir établi un anus artificiel chez deux des malades dont je vous ai dit quelques mots et je suis persuadé que M. Berger a regretté également de ne pas avoir agi ainsi sur cet étudiant chez lequel la temporisation a été si funeste et qui, au moment même de la mort, a eu une garde-robe extrêmement abondante. L'établissement d'un anus contre nature eût été certainement préférable.

En résumé la laparotomie, à mon avis, ne serait bonne que pour des cas déterminés où le diagnostic est précis (bride, volvulus, invagination) et malheureusement il est très difficile, sinon impossible d'établir rigoureusement chacun de ces diagnostics; de plus, la lésion du péritoine est plus sérieuse que lorsque nous agissons dans l'ovariotomie ou l'hystérectomie, puisque la séreuse n'est pas ici habituée chroniquement et depuis longtemps à la présence d'une tumeur.

Elle ne me paraît pas devoir remplacer, dans tous les cas d'étranglement interne, l'établissement d'un anus contre nature, et cette dernière opération me semblerait plutôt l'opération de choix quand le diagnostic n'est pas précis, ce qui arrive le plus généralement.

Je prendrais donc à rebours, en terminant, la phrase de M. Le Fort et je dirais :

« *La laparotomie* a donné quelques succès, mais, en général, sa

mortalité est effrayante ; sans doute, *l'opération de Nélaton* est, elle aussi, une opération très grave, mais je la crois moins grave que la première et à ce titre je crois qu'elle doit lui être préférée. »

M. Polaillon. Le diagnostic de la cause domine toute la thérapeutique des occlusions intestinales.

S'il s'agit d'une obstruction par une tumeur de mauvaise nature, s'il s'agit d'établir le cours des matières fécales pour prolonger la vie, il est bien clair qu'on ne peut avoir recours qu'à la création d'un anus artificiel, et que la laparotomie doit être repoussée.

Mais si on a affaire à un volvulus, à un étranglement par une bride ou par un anneau, la laparotomie est formellement indiquée.

Malheureusement le diagnostic de la nature de l'occlusion est souvent impossible avec nos moyens d'exploration actuels. De là une grande incertitude sur le choix de l'opération à entreprendre.

Depuis que je suis chirurgien à la Pitié, j'ai eu à intervenir dans huit cas d'occlusion intestinale : quatre fois j'ai pratiqué l'anus artificiel par le procédé de Littre ; quatre fois les malades sont morts ; quatre fois j'ai eu recours à la laparotomie ; un malade a guéri.

Parmi les quatre opérés d'anus artificiel, l'un, homme de 57 ans, entré le 10 mai 1878, opéré le 12 mai, mourait de péritonite trente-six heures après. L'*autopsie* montra qu'il avait un volvulus de l'intestin grêle. — L'autre, femme de 46 ans, avait, depuis 13 jours, une occlusion intestinale probablement par accumulation de matières fécales. Opérée le 5 septembre 1879, elle succombait 5 jours après. L'*autopsie* n'a pu avoir lieu. — Le troisième, homme de 60 ans, survécut 10 jours. Il avait un volvulus de l'S iliaque. — La quatrième, jeune fille de 19 ans, avait tous les signes d'une occlusion intestinale, arrivée au sixième jour, lors de son entrée à l'hôpital. J'établis immédiatement un anus artificiel dans la région iliaque droite, où existait une douleur bien localisée. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une péritonite par rupture de l'appendice iléo-cœcal. J'ai publié l'observation (*Union médicale*, n° 2, p. 14 ; 1884).

Je passe sous silence plusieurs autres opérations d'anus artificiel chez des nouveau-nés, soit pour une imperforation de l'anus, soit pour une malformation intestinale. La plupart des petits opérés sont morts rapidement, et, dans les cas les plus heureux, la prolongation de l'existence a été bien éphémère.

Sur mes 4 laparotomies, 3 fois les malades étaient moribonds. On avait déjà combattu les accidents de l'occlusion intestinale par des moyens médicaux et des purgatifs. On avait temporisé plusieurs jours. Une péritonite s'était développée, et on avait recours à la chirurgie comme dernière ressource. Dans ces conditions, l'in-

succès de la laparotomie n'étonnera personne. Cependant, comme cette opération est la dernière planche de salut pour le malade, je ne crois pas devoir la refuser.

Deux fois la laparotomie fut faite sur la ligne médiane, deux fois sur la région latérale et inférieure de l'abdomen.

1° La nommée B.. Esther, âgée de 26 ans, a une occlusion intestinale depuis 10 jours, lorsque je suis appelé à l'examiner, le 7 février 1879, salle du Rosaire, n° 36. Vomissements fécaloïdes, absence d'émission de gaz par l'anus, ballonnement du ventre. Je me décide à tenter la laparotomie, car, si on n'intervient pas, la malade est vouée à une mort certaine et très prochaine. Incision sur la ligne médiane sans chloroformisation, parce que la faiblesse est trop grande. J'introduis un doigt jusque dans la région de l'S iliaque, en détruisant quelques adhérences molles qui agglutinent les anses intestinales, et, avant d'avoir fait aucune autre exploration, je vois sortir un liquide fécaloïde. L'intestin était perforé. Sans pousser plus loin l'intervention chirurgicale, je plaçai dans le foyer un gros tube à drainage et je refermai l'incision abdominale. Le tube fonctionna assez bien ; mais la péritonite emporta la malade le cinquième jour.

2° Dernièrement, le 7 février 1885, mon excellent collègue, le Dr Lancereaux, m'appelle pour visiter dans son service un homme de 30 ans qui présente, depuis huit jours, tous les signes d'une occlusion intestinale à début brusque. Cet homme est dans un état très grave. Immédiatement on le transporte à la salle d'opération, et je pratique la laparotomie sur la ligne médiane. Issue d'un liquide péritonéal séro-purulent et d'une odeur fétide. Les intestins sont recouverts d'une grande quantité de fausses membranes blanchâtres. En écartant les anses intestinales, nous parvenons à reconnaître un volvulus de l'intestin grêle. Le malade mourut dans la soirée. On trouva à l'*autopsie* la véritable cause des accidents : l'estomac présentait une très petite perforation. d'où une péritonite brusque et une production d'adhérences immobilisant l'intestin grêle en état de volvulus.

Dans les deux cas suivants, une douleur particulière où la présence d'une hernie me conduisit à faire la laparotomie au-dessus de la région inguinale.

3° Le nommé Mal... Fla..., âgé de 43 ans, était traité dans le service de mon collègue et ami le Dr Audhoui, remplacé par le Dr Roques, pour une tuberculose pulmonaire très avancée. Après avoir fait rentrer une hernie inguinale droite, qui était facilement réductible et qui existait depuis longtemps, le malade ressentit des douleurs dans la fosse iliaque, et des phénomènes d'occlusion intestinale se manifestèrent. Mais il continua à rendre des gaz par

l'anus pendant le premier jour. Le deuxième jour, les émissions gazeuses avaient totalement cessé ; de plus, il y avait des vomissements fécaloïdes, de la cyanose, du refroidissement des extrémités, une petitesse extrême du pouls et des irrégularités du cœur. Bref, le malade était dans un état des plus graves. La hernie était réduite et les anneaux étaient libres. Mais, en pressant au-dessus de la région inguinale, on causait une assez vive douleur et on percevait la sensation d'un empâtement. — Je fis une longue incision à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, et je trouvai immédiatement une longue anse intestinale ecchymosée, flasque et parsemée de plaques sphacélées. Après avoir attiré cette anse au dehors, je pus sentir et voir une bride charnue, rougeâtre, qui étranglait l'intestin. Cette bride fut coupée entre deux ligatures de catgut. J'allais faire le pansement, en laissant au dehors l'intestin sphacélé, lorsque le malade succomba.

Dans les trois cas que je viens de citer, la laparotomie devait forcément échouer, soit parce qu'elle avait été pratiquée trop tard, soit parce qu'il y avait eu erreur de diagnostic. Mais, dans un quatrième cas, les conditions s'étant trouvées meilleures, j'eus la satisfaction de sauver mon malade. Voici cette observation :

Étranglement interne par une bride située au niveau du cordon fibreux de l'artère ombilicale; laparotomie dans la région iliaque; dégagement de l'intestin; guérison.

Le nommé Chabr., Théodore, âgé de 17 ans, exerçant la profession d'emballeur, est amené, le 23 juillet 1884, dans mon service de la Pitié, salle Broca, n° 14.

Ce jeune homme n'a jamais eu de maladies. Il raconte qu'il porte, depuis huit mois, dans la région inguinale droite, une hernie du volume d'un œuf de pigeon. Cette hernie, qui rentrait facilement, ne lui a jamais causé d'accident. Elle n'était pas contenue par un bandage.

Le 15 juillet, il ressentit, au niveau de la hernie, des douleurs assez vives s'irradiant à tout l'abdomen. Le récit du malade, qui est peu intelligent, tend à faire croire que la hernie était devenue momentanément irréductible, car, au bout de quelques heures, il parvint, dit-il, à la réduire. Depuis ce moment, elle n'est plus ressortie.

Le 16 juillet, il a commencé à vomir des matières verdâtres et très amères. Les vomissements ont continué les jours suivants avec les mêmes caractères. En même temps le ventre s'est ballonné.

La dernière selle a eu lieu le 15 juillet. Depuis cette époque, le patient n'a rendu que les lavements qu'on lui a administrés.

Les accidents duraient depuis huit jours, lorsque j'examinai Théodore Chabr., le 24 juillet à 9 heures du matin.

Il présente l'aspect du choléra herniaire. Les yeux sont très excavés et entourés d'une zone noirâtre. La face est pâle, avec des pommettes un peu rouges. Grande prostration. La langue est blanche, mais n'est pas sèche. Pouls régulier et plein à 84°. Température, 39°. L'appareil respiratoire est sain, les urines sont normales.

Le ventre est très ballonné, globuleux, sans saillies, pouvant faire croire à une distension du gros intestin ou de l'intestin grêle. Les vomissements sont fécaloïdes, sans mauvaise odeur. Enfin, la constipation et l'absence d'émission gazeuse sont complètes.

Je cherche vainement quelle peut être la cause de l'occlusion intestinale. Les anneaux inguinaux sont libres des deux côtés. L'anneau inguinal droit n'est pas dilaté, et je n'ai aucune preuve sensible qu'il ait antérieurement livré passage à une hernie. Cependant, il faut tenir compte du dire du malade, qui affirme avoir une petite hernie inguinale droite, actuellement réduite.

Après avoir prévenu le malade de la nécessité de faire une opération pour rétablir le cours des matières intestinales, je me décidai à pratiquer immédiatement la laparotomie. Dans l'hypothèse d'une hernie inguinale droite, réduite en masse, il me parut indiqué de faire l'incision abdominale dans la région iliaque plutôt que sur la ligne médiane.

L'*opération* est faite dans la salle, sur le lit où le malade doit rester couché. Il est endormi par le chloroforme. Spray phéniqué.

A deux travers de doigt au-dessus du pli de l'aine droite, et parallèlement à l'arcade de Fallope, je pratique une incision de 8 à 10 centimètres. J'incise, couches par couches, l'artère épigastrique, que je coupe après l'avoir liée. Le péritoine est ouvert dans une petite étendue. Il s'écoule environ 50 grammes de sérosité citrine. Un doigt introduit dans la cavité abdominale fait reconnaître que les anneaux du côté droit sont absolument libres et qu'il n'existe aucune hernie de ce côté. Mais l'incision est trop petite pour permettre l'exploration de la cavité abdominale. J'ouvre donc le péritoine dans la même étendue que l'incision cutanée, qui est elle-même agrandie, et je peux glisser toute la main dans le ventre.

Du côté du cœcum, du côté de l'S iliaque, du côté du petit bassin, je ne trouve rien qui puisse expliquer l'occlusion. Mais en parcourant la face postérieure de la paroi abdominale, je sens,

du côté gauche, un repli falciforme, formé par une bride saillante qui soulève le péritoine et qui se dirige de la région inguinale gauche vers l'ombilic. Cette bride est probablement formée par le cordon fibreux qui succède à l'oblitération de l'artère ombilicale. Elle constitue une saillie tranchante, tout à fait anormale, que j'ai fait sentir à plusieurs des élèves qui m'assistaient. Entre ce repli et la paroi abdominale existe une sorte de sac péritonéal, dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, sac qui peut admettre facilement une ou plusieurs anses intestinales. Mais je ne constate pas que l'intestin soit étranglé dans ce sac.

Peu satisfait de mon exploration qui, en définitive, ne m'avait pas fait reconnaître la cause de l'étranglement, je me mis en devoir de dérouler peu à peu l'intestin afin de l'examiner. J'attirai donc successivement au dehors, à travers l'incision iliaque, les anses de l'intestin grêle et je les réduisis à mesure. Elles ne présentèrent rien d'anormal, à l'exception d'une vascularisation assez intense.

Tout à coup j'arrive sur une anse distendue par les gaz et tellement congestionnée qu'elle a une teinte violacée noirâtre. Cette anse, qui mesure environ 25 centimètres, est limitée à ses deux extrémités par un rétrécissement très marqué du calibre de l'intestin. En deçà et au delà des points rétrécis, l'intestin reprend son volume et son aspect normal. Au niveau du rétrécissement, je constate, sur l'intestin, des taches ecchymotiques sous-péritonéales et même un petit sillon linéaire ressemblant à un coup d'ongle, et sur le mésentère, de petites ulcérations et quelques fausses membranes.

Il me parut évident que j'avais sous les yeux la preuve de l'étranglement interne. Quant à l'agent de l'étranglement, il ne pouvait guère être autre que le repli falciforme siégeant du côté gauche de la paroi abdominale. On s'explique, en effet, très bien qu'une anse intestinale se soit engagée dans l'espèce de sac limité par ce repli, et qu'elle se soit étranglée sur son rebord tranchant par le mécanisme connu sous le nom d'étranglement par vive arête. Il a suffi de l'introduction de la main dans le ventre pour en opérer le dégagement.

Après avoir soigneusement lavé l'anse malade avec une éponge phéniquée, je réduisis tout l'intestin. L'épiploon fut soigneusement attiré en bas de manière à recouvrir les anses intestinales. La plaie fut ensuite fermée par cinq points de suture profonde et six points de suture superficielle, avec des fils d'argent. Pansement de Lister, recouvert d'une couche d'ouate. Vessie de glace sur le ventre.

On s'étonnera peut-être que je n'aie pas cherché à détruire le

repli falciforme de la paroi abdominale. Je n'ai pas cru que cette pratique fût prudente. En incisant ce repli, caché à mes yeux, j'aurais fort bien pu couper quelques vaisseaux, qui rampent souvent dans le cordon fibreux de l'artère ombilicale et amener ainsi une hémorragie difficile à constater et à combattre.

Le soir de l'opération la température s'éleva à 39°,4. Diète absolue. Petits morceaux de glace pour calmer la soif. Injection hypodermique de morphine.

Plusieurs vomissements dans la soirée et pendant la nuit.

Le 25 *juillet*, lendemain de l'opération, le malade a rendu quelques gaz par l'anus. Le ballonnement du ventre a beaucoup diminué. Les vomissements ont cessé. La langue est humide. Les yeux restent excavés.

Température, matin, 38°; soir, 38°,6. Le pouls oscille entre 80 et 84 pulsations.

26 *juillet*. La température descend à la normale et ne s'élève plus par la suite. La glace, intus et extra, est continuée. Quelques cuillerées de bouillon et de lait. L'état général s'améliore rapidement.

27 *juillet*. Deux selles diarrhéiques très copieuses.

Pansement. Deux points de la suture superficielle sont enlevés.

30 *juillet*. Les selles diarrhéiques commencent à être remplacées par une évacuation fécale solide. Œuf. Bouillon. Lait.

31 *juillet*. Second pansement. Ablation de trois sutures profondes. Réunion immédiate.

4 *août*. Troisième pansement. Toutes les sutures qui restent sont enlevées. Côtelette. Potages.

11 *août*. Le malade se lève.

26 *août*. Sortie de l'hôpital. La guérison est complète.

Ainsi, d'un côté, 4 opérations d'anus artificiel, 4 morts; d'un autre, 4 laparotomies, 1 malade sauvé. J'ai donc de la tendance, d'après cette courte statistique, à préférer la laparotomie à l'établissement d'un anus artificiel dans les occlusions intestinales.

La laparotomie, faite avec toutes les précautions antiseptiques, n'aggrave pas, à mon avis, l'état des malades, lors même qu'elle ne permettrait pas d'enlever l'obstacle au cours des matières. Chez mes trois opérés, qui ont succombé après la laparotomie, j'ai même la conscience d'avoir soulagé leurs souffrances et prolongé leur existence de quelques jours ou de quelques heures. Mais si la laparotomie n'est pas faite trop tardivement, si elle intervient dans un cas d'étranglement par bride, par anneau ou par volvulus, elle peut guérir radicalement, ce que ne peut faire un anus artificiel.

Dans quelle région faut-il faire la laparotomie? Faut-il faire l'incision sur la ligne médiane, ou l'incision dans la région iliaque? L'incision médiane expose à l'irruption des intestins distendus, et à des difficultés quelquefois excessives pour en opérer la réduction et faire la suture. L'incision latérale me paraît mettre à l'abri de ce danger. Dans les deux cas où j'ai eu à pratiquer l'incision dans la région iliaque, j'ai été frappé de voir que les intestins n'avaient aucune tendance à faire issue au dehors, bien que le ballonnement fût considérable. Donc si on a quelque raison de croire que l'occlusion siège dans l'un des côtés du ventre, il me paraît indiqué de faire la laparotomie latérale. Non seulement on arrivera plus directement sur le siège du mal, mais encore on se mettra à l'abri de l'accident redoutable causé par l'irruption incoercible de l'intestin.

M. Berger. Les cas dont parle M. Polaillon sont des cas spéciaux, différents de ceux auxquels j'ai fait allusion, dans lesquels on ignore complètement le siège de l'obstruction. Dans ces cas, c'est toujours la ligne médiane que l'on doit choisir.

Les deux derniers malades de M. Polaillon n'ont pas eu, à proprement parler, des étranglements internes, mais bien des étranglements herniaires rétro-péritonéaux : ses opérations, par conséquent, quelque compliquées qu'elles aient été, sont toujours des opérations de hernie étranglée.

M. Terrier. Comme je fais partie des chirurgiens qui sont pour le progrès, je préfère la laparotomie qui, lorsque nous la réussissons, nous permet de guérir complètement nos malades, à l'anus contre nature, qui laisse une infirmité qui persiste toute la vie.

Quant aux statistiques de laparotomie qui viennent d'être produites, elles n'ont qu'une valeur très relative, parce que l'on ne peut prendre indifféremment en bloc les cas où cette opération a été pratiquée et dire ensuite qu'elle a donné tant pour cent de succès et tant pour cent d'insuccès.

On objecte à la laparotomie que ce n'est pas une opération réglée. Mais ne faisons-nous pas à chaque instant des opérations de cette nature? Et cependant personne n'a jamais songé à les rejeter pour un pareil motif.

Contrairement à M. Polaillon, je suis pour les incisions médianes. Les incisions latérales exposent tout autant à la sortie des anses intestinales, puisque cette sortie, due au volume de l'intestin rempli de gaz, résulte de ce que celui-ci exerce une pression considérable sur toutes les parties de la paroi abdominale indistinctement.

J'accepte donc l'opinion de M. Le Fort, et je dis que quand il y

a un étranglement interne aigu, il vaut mieux faire la laparotomie pour aller lever l'étranglement.

M. Gillette. M. Terrier dit qu'il est pour le progrès : tous, ici, nous sommes de son avis, seulement j'estime qu'il faut progresser en bien et c'est à savoir si la laparotomie est une opération meilleure que l'établissement d'un anus contre nature, ce que je ne crois pas, pour ma part, au moins dans la majorité des cas.— Il n'y a guère que la comparaison des statistiques qui puisse juger la question; mais je n'ai point avancé que la laparotomie fût une opération détestable, j'ai dit qu'elle était mal réglée et qu'en la pratiquant on agissait trop à l'aventure.

M. Polaillon. M. Berger a dit que les incisions latérales ne sont pas des laparotomies. Je ne suis pas de son avis. Quand on fait une incision assez large pour introduire la main dans la cavité abdominale et pour explorer toute l'étendue de cette cavité, comme je l'ai fait dans une de mes observations, on a réalisé une véritable laparotomie. Je soutiens, en outre, que l'incision latérale expose moins à l'irruption de l'intestin que l'incision médiane. La première, qui est faite dans le sens des fibres du grand oblique, ne tend pas à s'écarter comme la seconde et reçoit moins directement la pression des organes intra-abdominaux. Je crois que, dans certains cas, il faut préférer la laparotomie latérale, et qu'il y a lieu d'étudier ce nouveau mode de procédé.

M. Després. C'est la péritonite provoquée par un obstacle au cours des matières, qui révèle des accidents de l'étranglement interne, et c'est pour cela, c'est à cause de cette péritonite, que vos malades meurent. Dans ces conditions, au moment où vous opérez, vous pouvez bien lever l'obstacle, mais il vous est impossible de faire disparaître l'inflammation du péritoine.

M. Trélat. Je suis de l'avis de M. Polaillon; il y a dans le choix opératoire une question de diagnostic qui prime tout.

Ce diagnostic, le plus souvent très difficile, est cependant possible dans certains cas. L'âge, sous ce rapport, doit être pris en sérieuse considération. Chez les jeunes gens, il s'agit presque toujours d'étranglements par bride ou par invagination; chez les hommes de 45 à 50 ans, l'étranglement est presque toujours d'origine néoplasique. Le siège de la douleur, la marche de la maladie, la présence d'une tumeur, le mode de développement de l'abdomen, pourront également faciliter le diagnostic.

Ce diagnostic fait, il faut intervenir le plus tôt possible, et choisir entre les deux méthodes opératoires, car l'une et l'autre peut

avoir ses indications spéciales. Il est vrai qu'à l'heure actuelle ces indications sont encore difficiles à établir, et qu'elles ne pourront l'être dans l'avenir qu'après la comparaison d'un grand nombre de cas particuliers.

J'ai fait deux laparotomies, et le résultat obtenu n'a pas été favorable.

Mon premier malade a été opéré trop tard; au moment de l'opération, je n'ai rien pu trouver dans le ventre.

Mon deuxième malade avait une anse intestinale étranglée par le grand épiploon, et j'ai pu lever l'étranglement. Je crois que si l'opération avait pu être faite plus tôt, le malade aurait fort bien pu guérir.

M. Lucas-Championnière. Je crois également que les deux opérations ont chacune leur indication, et, bien que j'aie eu des insuccès en pratiquant la laparotomie, je n'hésiterai pas à la recommencer à l'occasion.

Maintenant, M. Le Fort dit que c'est une opération facile, tel n'est pas mon avis, et je crois, au contraire, que l'opération est très difficile.

Communication.

M. Terrier lit une *Seconde note relative à la présence de l'albumine dans les urines émises avant et après l'anesthésie chloroformique*.

Dans la séance du 17 décembre 1884, j'ai eu l'honneur de vous soumettre quelques remarques formulées par M. Patein et par moi; sur la présence de l'albumine dans les urines des sujets soumis à l'anesthésie pour subir des opérations graves, en général, car il s'agissait d'ovariotomies.

Dans une première série de 10 faits, les urines avaient été examinées après l'anesthésie seule et après l'opération. Puis dans une deuxième série, toujours de 10 faits, les urines avaient été analysées avant l'anesthésie et après l'opération.

Quoique assez intéressants, les résultats obtenus étaient discutables, en ce sens que la présence de l'albumine après l'opération pouvait tenir à deux facteurs : l'anesthésie et le traumatisme, excitant fatal du système nerveux, et, dans l'espèce, du système nerveux du grand sympathique.

Il était donc utile d'examiner les urines d'abord avant toute inhalation de chloroforme, puis après l'anesthésie mais avant toute

opération; enfin après l'opération. C'est ce qui a été fait dans cette troisième série de 10 opérations consignées dans le tableau ci-contre (tableau n° 3).

Sur nos 10 observations nouvelles, avant l'anesthésie, nous trouvons mentionné quatre fois des traces d'albumine (obs. I, III, VI et VIII). Dans un cas, la vessie était vide, on ne put donc analyser l'urine. En fait, la présence de l'albumine est exceptionnelle et la quantité décelée par les réactifs est des plus minimes, puisqu'on n'en trouve que des traces, voire même des traces à peine sensibles.

En rapprochant ces résultats de ceux déjà consignés dans notre tableau n° 2, de notre première note, on voit que, dans 20 cas, treize fois l'urine ne renferme pas d'albumine, cinq fois il y en a des traces et une fois 60 centigrammes par litre.

Après l'anesthésie, mais avant toute opération, les conditions changent un peu; si, en effet, dans 5 cas (obs. II, V, VI, IX et X), les urines ne contiennent pas d'albumine, on en trouve deux fois des traces (obs. I et VII), deux fois une notable quantité (obs. III et IV), et enfin une fois une forte quantité (obs. VIII).

Les résultats sont d'ailleurs comparables à ceux qui nous ont été fournis dans notre première note par le tableau n° 1. Sur les 10 faits qu'il contient, huit fois on note de l'albumine et dans un cas la quantité est dite notable.

Donc, sur 20 observations, neuf fois il y a des traces d'albumine, trois fois une notable quantité, et une fois une forte quantité. L'albumine est donc notée treize fois sur vingt après l'anesthésie, alors qu'on ne la constate que six fois sur vingt avant les inhalations de chloroforme.

En résumé, après l'administration du chloroforme, l'albumine existe deux fois plus souvent qu'avant les inhalations.

Nous chercherons à expliquer ce phénomène ultérieurement.

Après l'opération, et l'anesthésie qui fatalement l'accompagne, ce qui complique le problème physiologique, l'albumine augmente dans des proportions notables, puisque dans notre nouvelle série d'observations on la rencontre *toujours* dans les urines des opérées.

Tantôt, ce sont des traces (obs. II et VII), tantôt la présence de l'albumine est facile à constater (obs. IX et X). D'autres fois, la quantité est considérable (obs. I, III, IV, V, VIII) et peut atteindre un gramme par litre (obs. VI).

Or, dans notre tableau n° 2, de la première note publiée sur ce sujet, nous avons déjà trouvé que l'albumine se montre six fois sur neuf, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas. Ici, la proportion a

	DATES.	AVANT l'anesthésie.	APRÈS l'anesthésie.	APRÈS l'anesthésie et l'opération.	DURÉE de l'opération.	NATURE de l'opération.	RÉSULTAT.
I.	16 décembre 1884...	Traces d'albumine.	Traces.	Quantité considérable.	?	Hystérotomie.	Guérie.
II.	23 décembre 1884...	Rien.	Rien.	Faibles traces.	25 minutes.	Ovariotomie.	Guérie. Asphyxie lors de l'anesthésie.
III.	30 décembre 1884..	Traces à peine sensibles.	Quantité notable.	Quantité considérable.	25 minutes.	Ovariotomie.	Guérie. Pas d'asphyxie.
IV.	6 janvier 1885.....	Rien.	Quantité notable.	Quantité considérable.	1 h. 5 m.	Kyste du foie.	Guérie. Pas d'asphyxie.
V.	13 janvier 1885.....	Rien.	Rien.	Proportion assez forte	1 heure.	Ovariotomie.	Meurt rapidemont par perte de sang pendant l'opération.
VI.	20 janvier 1885.....	Traces.	Rien.	1 gramme par litre.	»	Néphrectomie.	Albuminerie ultérieure.
VII.	10 février 1885.....	Rien.	Traces insignifiantes	Traces sensibles.	35 minutes.	Ovariotomie.	Guérie. Aspbyxie légère pendant l'anesthésie.
VIII.	17 février 1885.....	Traces.	Forte quantité.	Forte quantité.	1 h. 50 m.	Hystérotomie.	Mort. Pas d'asphyxie.
IX.	24 février 1885.....	(Pas d'urine).	Rien.	Présence d'albumine.	40 minutes.	Hystérotomie.	Mort. Pas d'aspbyxie.
X.	3 mars 1885.......	Rien.	Rien.	Présence d'albumine.	32 minutes.	Ovariotomie.	Guérie. Asphyxie pendant l'anesthésie.

augmenté, puisque c'est dans tous les cas qu'on a constaté une plus ou moins grande quantité d'albumine.

On peut résumer les résultats que nous avons obtenus, M. Patein et moi, au moins jusqu'ici, en disant :

1° L'albumine est exceptionnellement décelée dans les urines, avant l'opération, et si elle y existe, on n'en constate guère que des traces.

2° Après l'anesthésie seule, la proportion des cas dans lesquels on constate de l'albumine, tend à doubler et la quantité elle-même de cette substance augmente notablement.

3° Enfin, après l'anesthésie et l'opération, l'albuminurie est presque la règle.

Dans notre précédente note, nous nous sommes efforcés de signaler les causes probables de cette albuminurie et avec le professeur Bouchard, nous avons cru devoir faire intervenir : 1° L'action du chloroforme; 2° celle de l'opération qui excite les nerfs sensitifs.

Ces deux éléments sont fatalement combinés dans nos recherches, et, en effet, la durée de l'observation semble jouer un rôle important dans le développement de l'albuminurie et dans l'intensité de ce phénomène.

Quand l'opération a duré moins de 20 minutes (soit 19 minutes), on a noté des *traces* d'albumine. Au-dessous de 30 minutes, on a trouvé, soit rien, soit des traces d'albumine, soit enfin une quantité considérable d'albumine. Dans ce cas, il y en avait déjà des traces avant l'anesthésie.

Au-dessous de 40 minutes, on a noté des traces, une quantité notable et enfin 80 centigrammes par litre.

Au-dessous de 50 minutes : rien, présence, traces et 4 grammes par litre, alors qu'il y en avait déjà 60 centigrammes avant l'anesthésie.

Entre 50 et 60 minutes à une fois rien, quantité appréciable et enfin quantité notable.

Deux opérations de une heure et une heure cinq minutes, ont donné une quantité considérable ou une forte proportion d'albumine.

Des traces ont été signalées dans 4 opérations durant une heure dix minutes et une heure quinze minutes.

Enfin, dans 2 opérations de plus d'une heure et demie et de une heure cinquante minutes, il y avait de fortes quantités d'albumine.

En fait, sauf quelques exceptions, la quantité d'albumine augmente avec la durée de l'opération. Toutefois cette loi n'est pas fatale.

Remarquons que toutes les fois que l'urine contenait un peu d'albumine avant l'anesthésie, celle-ci, soit seule, soit combinée, à

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 40 5 85. Le Gérant : G. MASSON.

l'opération, en faisait naître des quantités notables (obs. I, III, VI et VIII) de notre nouvelle série.

Dans un cas (obs. VI), des traces sont signalées avant la chloroformisation, on n'en trouve plus après celle-ci, mais après l'opération on note un gramme par litre. Il s'agissait d'un malade atteint d'hydronéphrose suppurée, et qui mourut au bout de 18 jours avec une notable quantité d'albumine dans ses urines.

Y a-t-il une relation entre les troubles asphyxiques qui surviennent assez souvent pendant l'anesthésie et la présence d'une quantité variable d'albumine dans l'urine ?

Dans l'observation II, il y eut asphyxie pendant la chloroformisation; or, il n'y avait rien après l'anesthésie, et de faibles traces d'albumine après l'opération.

Dans l'observation VII, on a noté aussi une légère asphyxie pendant l'anesthésie; or, les urines contenaient des traces insignifiantes d'albumine après l'anesthésie, et des traces sensibles après l'opération.

Enfin, dans l'observation X, malgré l'asphyxie signalée pendant l'anesthésie, il n'y avait rien après celle-ci et on ne peut que déceler la présence de l'albumine après l'opération.

En résumé, dans 3 cas, on a noté l'asphyxie pendant l'inhalation du chloroforme et dans ces 3 cas, les quantités d'albumine signalées après l'opération ont été fort minimes. Nous ne pouvons tirer de conclusions de ces trois faits, toutefois l'asphyxie passagère de l'anesthésie paraît assez peu influer sur l'albuminurie.

Quelle peut être l'influence de la perte sanguine ?

Dans les 3 hystérectomies, où la perte du sang est fatale, on a noté, soit une quantité considérable, soit une forte quantité, soit la présence seulement de l'albumine après l'opération. Notons que dans ce dernier cas (obs. IX), il s'agissait d'un fibrome bien pédiculisé et peu vasculaire, opéré par M. G. Richelot.

L'observation V a trait à une ovariotomie qui fut accompagnée d'une énorme perte de sang et qui mourut quelques heures après l'opération.

Or, ici, alors qu'on n'avait pas noté d'albumine après l'anesthésie, on en trouve une proportion assez forte après l'opération.

Pour nous donc, l'hémorrhagie serait une cause d'albuminurie post-opératoire, d'où l'indication de ménager le sang, si bien acceptée de tous les chirurgiens.

Un mot encore, en terminant, sur la durée de l'albuminurie post-opératoire.

Dans l'observation I (hystérotomie par le Dr Périer), l'albumine disparut assez vite, pour reparaître ensuite et disparaître de nouveau. La malade guérit.

Quant à l'observation IV (kyste du foie), la quantité notable d'albumine signalée après l'opération disparut dès le lendemain.

L'albuminurie post-opératoire serait donc passagère ? C'est encore un point à étudier et que nous ne faisons que signaler ici.

Communication.

M. Terrier fait une seconde communication relative à la caféine pouvant peut-être remplacer la cocaïne comme anesthésique oculaire.

Note sur l'emploi du chlorhydrate de caféine comme anesthésique de la cornée, par M. F. Terrier.

Messieurs, après avoir expérimenté avec succès le chlorhydrate de cocaïne dans la pratique de la chirurgie oculaire, j'ai cru devoir faire quelques recherches sur les propriétés de corps analogues au point de vue chimique.

Grâce à M. Champigny, pharmacien distingué, j'ai pu me procurer du chlorhydrate de caféine en solution à 2.50 0/0. Déjà M. Schnitzler aurait utilisé la caféine en solution à 5 0/0 pour anesthésier les muqueuses buccale et pharyngo-laryngée [1].

La solution de chlorhydrate de caféine dont je me suis servi est un peu acide, d'où son action légèrement irritante sur la conjonctive, irritation d'ailleurs fort supportable, mais qu'on pourrait peut-être supprimer en faisant un produit neutre.

Dans tous les cas, 2 gouttes de cette solution à 2.50 0/0, instillées dans l'œil d'un chien, déterminèrent de l'anesthésie de la cornée au bout de 3 minutes. Toutefois, cette anesthésie m'a paru moins complète qu'avec le sel de cocaïne.

Ce matin même, ayant à enlever un petit corps étranger de la cornée chez un homme vigoureux, je fis une instillation de 2 gouttes de la solution de caféine. Le collyre fut parfaitement supporté par le patient, prévenu par moi de la sensation de picotement qu'il allait éprouver.

Cinq minutes après, la cornée était insensible et je pus enlever facilement, et sans douleur, le corps étranger en me servant de l'aiguille à cataracte pour pénétrer dans l'épaisseur de la cornée.

Ici encore, je dois dire que l'anesthésie, très suffisante, n'était pas ou plutôt ne semblait pas aussi absolue qu'à la suite des instillations de cocaïne.

[1] *La Semaine médicale*, n° 12, p. 98, 1885.

Quoi qu'il en soit, messieurs, j'ai pensé devoir vous signaler l'emploi nouveau de ce succédané de la cocaïne dans la chirurgie de l'œil.

M. le Président a annoncé que MM. Julliard (de Genève) et Bourgeois (d'Étampes), membres correspondants, assistaient à la séance.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 15 avril 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine ;

2° Le numéro du 15 avril de la *Revue des sciences médicales;*

3° *Essai sur les odeurs du corps humain,* offert par l'auteur, M. le Dr E. Monin ;

4° *Remarks on typhoïd fever in the Young,* par le Dr A. Jacobi (de New-York) ;

5° *De la blessure du diaphragme dans l'opération de l'empyème,* par le Dr Lagrange, agrégé de la Faculté de Bordeaux (commission : MM. Polaillon, Terrillon, Bouilly, rapporteur) ;

6° Une lettre de candidature de M. Prengrueber à la place de membre titulaire déclarée vacante.

M. Trélat donne lecture d'une courte note relative à la première session (1885) du Congrès français de chirurgie.

M. Trélat. Le Congrès français de chirurgie, à la création du-

quel la Société de chirurgie a pris une si grande part, a tenu sa première session du 6 au 12 avril de la présente année 1885. Le bureau était composé de MM. Trélat, président; Ollier, vice-président; Pozzi, secrétaire général.

MM. Verneuil, Tilanus, Socin, Gross, Larrey, Rochard, Alphonse Guérin et Kœberlé ont été nommés présidents d'honneur.

Le Congrès a obtenu le plus grand succès par le nombre de ses adhérents, des travaux qui ont été communiqués et des assistants aux séances.

Par suite du vote de l'assemblée, la prochaine session aura lieu en octobre 1886. Le bureau sera ainsi constitué : président, M. Ollier; vice-président, M. Verneuil; secrétaire général, M. Pozzi.

M. le président adresse à la Société de chirurgie, au nom de M. Demons (de Bordeaux), des remerciements pour la part active que la Société de chirurgie a bien voulu prendre relativement à la réalisation de la fondation du Congrès français de chirurgie.

M. le président annonce que M. Pamard (d'Avignon) assiste à la séance.

M. Richelot présente une observation de M. Millot-Carpentier, intitulée : *Observation de laparotomie pratiquée avec succès dans un cas d'obstruction intestinale.*

(Commission composée de MM. Marc Sée, Marchand et Richelot, rapporteur.)

Rapport.

M. Terrillon lit un rapport sur un travail de M. Kirmisson, ayant pour titre :

Deux cas de périnéorrhaphie faite avec succès par le procédé d'Emmet, avec quelques remarques sur ce procédé.

Ces deux observations peuvent se résumer de la façon suivante :

Une femme, âgée de 30 ans, avait subi, deux ans auparavant, une déchirure du périnée au moment d'un deuxième accouchement.

Elle retenait les gaz et les matières solides, mais avait de l'incontinence quand survenait de la diarrhée.

Elle se plaignait aussi de douleurs dans les rapports sexuels.

L'opération consista : 1° dans l'avivement, simple et bien connu, ayant la forme d'un papillon aux ailes déployées, le corps de l'in-

secte correspondant à la cloison; 2° application de sutures en anse, d'après la méthode d'Emmet, trois passant à travers la cloison, ce sont les plus inférieures, et deux ne faisant que traverser les surfaces cruentées.

Les fils sont simplement réunis par torsion en avant de la plaie réunie.

La guérison fut rapide.

La seconde observation est assez semblable à la première.

Il s'agissait d'une femme de 27 ans, dont le périnée fut largement déchiré à la suite d'un accouchement, quinze mois auparavant.

Incontinence des matières liquides, mais rétention des gaz, douleur pendant les rapports sexuels, tels étaient les seuls inconvénients de sa déchirure, qui se terminait par le bord de la cloison amincie.

Opération semblable à la précédente et qui donna les mêmes résultats, sauf un léger décollement au niveau de la partie centrale de la réunion. Ce petit décollement guérit rapidement.

Dans ces deux cas, le résultat fut parfait; le périnée, restauré, avait 3 centimètres de hauteur, et l'anus fonctionnait dans les conditions normales.

Plusieurs points intéressants ont été mis en relief par M. Kirmisson à propos de ces deux cas, voici quels sont les plus importants :

D'après lui, il n'est pas nécessaire, il serait même dangereux, de serrer trop le fil en anse inférieur, celui qui, dans l'esprit d'Emmet, doit servir à rapprocher les deux bouts du sphincter déchiré.

La crainte serait de produire un éperon au-devant de l'anus, et, par conséquent, un rétrécissement de cet orifice suivi de quelques inconvénients.

Sur ce point, je ne partage nullement son avis. C'est ce que j'expliquerai plus loin. Un second point, qui ne mérite pas de nous arrêter longtemps, est relatif aux fils supérieurs, ceux qui ne passent pas dans la cloison.

Ces fils, d'après M. Kirmisson, ne doivent pas traverser la muqueuse vaginale, mais doivent, au contraire, ne passer qu'à travers les deux surfaces cruentées, en se tenant très près de la muqueuse. C'est là le moyen que j'ai toujours employé pour éviter le recroquevillement de la muqueuse.

Je crois que les figures de Jude Hue, d'après lesquelles les fils passent au-dessus de la muqueuse vaginale en la prenant dans leur anse sont inexactes, et que toujours Emmet a passé à travers les surfaces avivées sans s'occuper de la muqueuse.

Enfin, la suture enchevillée est repoussée par M. Kirmisson, de même que par MM. Trélat et Emmet; mais j'expliquerai plus loin combien elle m'a été utile.

A propos des deux observations dc M. Kirmisson, je pourrais insister sur l'étendue des déchirurcs. Celle-ci était peu prononcée, puisqu'il parle d'un centimètre et demi à partir de l'orifice anal, ce qui ferait supposcr que le sphincter était en partie intact. La rétcntion facile des gaz serait oncorc une présomption en faveur de cette hypothèse. Dans ces deux observations, on pourrait, en effet, admettre que le sphincter, incomplètement coupé et jouant encore un rôle important, aurait rendu l'opération facile, et que la partie essentielle, étant déjà réparée en partie, on n'aurait jamais eu besoin de réparation complète. Nous savons, en offet, combien la déchirure du périnée, sans altération de la totalité du sphincter, nécessite une opération simple, réussissant presque toujours et par tous les procédés. Nous connaissons, au contraire, les difficultés que les chirurgiens ont toujours rencontrées pour réparer le sphincter et rétablir sa fonction. La forme du périnée, ici, est plus facile à réparer que le sphincter. Malgré ce point intéressant, que je ne discuterai point davantage, ces deux observations constituent un rapport assez imposant pour juger d'une méthode de périnéorrhaphie due à Emmet, employée aussi par Gaillard-Thomas, et qui, d'après moi, constitue un progrès considérable dans la pratique de cette opération. Je suis d'autant plus partisan de ce procédé opératoire que, après le fait publié par Jude Hue (de Rouen), et suivi d'un rapport de M. Guéniot à la Société de Chirurgie en 1876, j'ai été le premier, je crois, à l'employer à Paris.

Permettez-moi de rappeler dans quelles circonstances.

Tout jeune chirurgien, sans autre expérience quc celle puisée auprès de mes maîtres, j'eus, au début de ma pratique, à opérer une femme qui avait, depuis sept mois, une déchirure totale du périnée, complète, avec déchirure complète du sphincter et d'une partie étendue de la cloison; d'où incontinence continuelle des gaz et intermittente des matières fécales, quand celles-ci étaient liquides.

Mcs souvenirs me rappelaient que certaines opérations complexes que j'avais vu pratiquor par mes maîtres avaient souvent donné des succès incomplets ou même des insuccès. Je ne parle ici que de la déchiruro totale du périnée accompagnée de celle du sphincter; car, dans les déchirures incomplètes, toutes les opérations réussissent, si une partie du sphincter est conservée.

J'avais été frappé, au contraire, de la simplicité, et surtout sé-

duit par le côté théorique, que je crois très vrai dans l'opération d'Emmet.

Ce fut ce procédé que j'employai, en le modifiant un peu par l'adjonction de quelques sutures supplémentaires. Le succès fut absolu, malgré l'étendue de la déchirure.

J'ai publié ce résultat dans les *Archives de gynécologie,* année 1879, tome I, page 330.

Depuis cette époque, j'ai pratiqué 9 opérations semblables, pour des cas semblables, c'est-à-dire déchirures sphinctériennes complètes avec incontinence des gaz et matières liquides. Ces opérations m'ont donné 8 succès entiers, avec rétablissement de la fonction, et 1 insuccès chez une femme présentant des conditions spécialement défectueuses au point de vue opératoire.

Ces différentes opérations ont été publiées par moi dans le *Bulletin de thérapeutique* (1884), avec de nombreuses réflexions à l'appui.

Enfin, j'ai presque toujours eu comme aide, dans ces opérations, mon ami le Dr Charles Monod, que j'ai aidé également dans plusieurs, pratiquées par lui-même.

Je crois donc avoir une certaine expérience de cette opération et de ses détails essentiels pour vous entretenir de ses avantages et de ses bons résultats à propos des deux observations de M. Kirmisson.

Enfin je répondrai également au désir exprimé par M. Trélat, qui, dans une communication sur le même sujet, en 1884, à la Société de Chirurgie, au congrès de Copenhague, demandait qu'on pût fournir des observations capables de démontrer la supériorité de ce procédé.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler longuement en quoi consiste ce procédé. Il a pour base l'emploi de longues sutures allant d'un des bords de l'avivement à l'autre bord, en passant à travers la cloison recto-vaginale. Les fils ainsi passés forment une anse qui, en se resserrant, applique les surfaces cruentées à la façon des bords d'une bourse, quand on serre le cordon qui entoure son orifice.

Ces fils, au nombre de trois ou quatre, sont étagés, mais le premier, au lieu de rester dans un plan antérieur à l'ouverture anale, le dépasse en arrière et tend, d'après les idées d'Emmet, à rapprocher les deux bords du sphincter éloignés après leur déchirure. Il restitue l'anneau complet que doit former ce muscle annulaire.

J'attache, pour mon compte, une grande importance à ce premier fil inférieur, et je ne puis m'associer au reproche que lui a fait M. Verneuil en 1876 (*Disc. de la Soc.*), quand il l'accuse de fermer

l'anus en provoquant une saillie des parties molles. Ce même reproche a été repris par M. Kirmisson.

Je n'ai jamais vu pareille obstruction, et cependant je tiens ce fil, après la réunion, aussi serré que possible. Il m'a semblé toujours au contraire qu'il soutient la suture, en offrant une grande surface, et qu'il joue un rôle considérable dans la reconstitution du sphincter, si importante dans cette opération.

Je vais plus loin : d'après ce que j'ai vu, l'éperon que forme la soudure des parties melles, au-devant du sphincter, le rend plus solide et plus sûr. Quelques mois après la guérison, il s'efface.

Si j'insiste sur l'importance du rétablissement du sphincter, c'est que, par d'autres méthodes, on peut arriver à reconstituer le plancher périnéal.

Celui-ci peut avoir les apparences les plus normales, alors que le sphincter fonctionne incomplètement.

J'ai pu observer deux opérées ayant subi la périnéorrhaphie par un procédé que je n'ai pas connu. Les apparences extérieures étaient parfaites ; seule, l'ouverture ovale semblait un peu large.

Mais le fonctionnement était incomplet, les gaz difficilement retenus, et les matières liquides s'échappant involontairement, d'où la nécessité d'une constipation artificielle continue.

Il est certain que dans ces cas les deux extrémités du sphincter n'avaient pas été rapprochées, et il restait en avant une brèche considérable.

Lorsque le sphincter est déchiré en même temps que le périnée, il se passe quelque chose de différent de ce qui survient ordinairement dans la section du sphincter pratiquée pour une fistule de l'anus, malgré la comparaison qu'on a voulu établir entre ces deux états.

Dans la déchirure du plancher périnéal et du sphincter anal, les deux bouts de ce dernier s'éloignent d'une quantité considérable que j'ai évaluée à plus de 3 centimètres dans quelques cas de déchirure étendue à la cloison. Il se forme un V cicatriciel ouvert en avant, et dans lequel le travail de réparation commence par le sommet du V.

Il semble difficile que la cicatrice, n'ayant aucun point d'appui, rapproche les deux extrémités du sphincter, qui cherchent, au contraire, à s'éloigner l'une de l'autre.

Dans la section du sphincter anal pour fistule complète, les deux bouts coupés s'éloignent peu et tendent à se rapprocher par cicatrice, sur toute leur épaisseur, et la cicatrice est elle-même soutenue par les parties voisines.

Aussi voit-on cette réparation se faire souvent, mais non pas toujours ; car on connaît bon nombre d'opérées qui n'ont pu recou-

vrer, même après longtemps, les usages de leur sphincter, dont les bouts restent éloignés. En tout cas, chez eux, l'anneau est complété par un morceau de cicatrice, tandis que dans le cas qui nous occupe, l'anneau manque en avant à une certaine hauteur.

Mais ici je pourrais rappeler un exemple qui montrera nettement que le rétablissement de la forme du périnée n'est pas la chose la plus importante. La fonction du sphincter devait être considérée comme la chose essentielle et la seule utile et indispensable au malade.

Il s'agit de l'observation III de mon mémoire (*Bull. de thérapeutique*, 15 juillet 1884).

Cette malade, opérée par la méthode ordinaire, alla bien, sauf quelques poussées du côté du rectum produites par les matières fécales, jusqu'au huitième jour. J'enlevai alors les fils de la suture. Toutes les surfaces tenaient solidement, et le sphincter, examiné avec le petit doigt, fonctionnait parfaitement.

Je donnai moi-même plusieurs lavements à la malade pour débarrasser la partie inférieure du rectum, et annonçai un résultat complet.

Pendant quinze ou dix-huit heures, les choses se passèrent admirablement, et la malade sentait qu'elle retenait les gaz avec facilité.

Cependant toutes les parties déchirées se cicatrisèrent en peu de temps, mais sans améliorer l'état du sphincter. Malgré la restauration presque complète du périnée, la malade se trouvait, au point de vue de ses fonctions anales, dans le même état qu'avant l'opération, sauf que les gaz passaient rarement.

Après quinze mois, le même état persistait, et cependant, à la vue, les choses semblaient être en bon état, le toucher et l'examen anal seul permettaient de reconnaître la cause de l'incontinence.

J'opérai de nouveau la malade, avec deux fils en anse d'Emmet, et le résultat fut complet, durable, et la malade est actuellement complètement guérie.

Il se déclara une colique violente, et la malade sentit qu'une masse volumineuse se présentait à l'anus.

Les douleurs devinrent plus vives, les épreintes rectales plus pressantes, et malgré les efforts de la garde, tout à coup, brusquement, et avec une douleur horrible, elle rendit une masse noire dure comme de la pierre et grosse comme un petit œuf de poule. En même temps, une hémorrhagie eut lieu.

La cause de cette matière noire était due à la quantité de sous-nitrate de bismuth que la malade avait absorbée depuis plusieurs mois à cause d'une entérite chronique.

Je survins peu après, et après avoir examiné les désordres, je constatai que la partie sphinctérienne était déchirée, mais que le périnée était intact, sur une hauteur de 2 centimètres et demi.

Espérant que la cicatrisation réparerait cet accident, j'attendis.

Mais après quelques mois, et malgré des cautérisations répétées, la réparation ne se fit pas.

Je fus obligé de faire une opération complémentaire, avec deux anses de fil. Celle-ci réussit admirablement, et, actuellement, la malade est complètement guérie.

En employant ces longues sutures en anse, il n'est pas nécessaire d'user d'autres sutures, au moins dans la plupart des cas.

Les sutures rectales ne sont nullement utiles, puisqu'on peut affronter exactement les bords de l'avivement.

Les sutures vaginales faciles à poser ne sont utiles que quand les surfaces forment des replis, des godets qui empêchent l'affrontement. Alors quelques sutures, avec du catgut, ou au fil d'argent, suffisent pour empêcher le contact des liquides vaginaux avec les parties avivées, et on évite ainsi une cause de suppuration.

Mais il s'agit là d'une simple suture préventive.

Il en est de même de la suture sur les lèvres de la partie périnéale cutanée.

Elle n'est utile que quand les bords ne sont pas rapprochés exactement.

J'ai, dans deux de mes opérations, alors que la déchirure était très étendue, employé un long fil passé transversalement, d'une fesse à l'autre, et traversant les surfaces cruentées. Ces fils, arrêtés par une plaque de plomb assez large, ont été utiles dans ces cas : on ne doit les employer qu'accessoirement.

Ce que je tiens à faire remarquer, c'est qu'en général les sutures en anse suffisent; et si quelquefois on doit appliquer quelques petites sutures vaginales ou périnéales, celles-ci ne sont nécessitées que par l'affrontement incomplet des bords de la peau et de la muqueuse.

Quant à la suture enchevillée, je persiste à la considérer comme très utile.

Grâce aux points d'appui que prennent les extrémités des fils sur ces chevilles, on peut rapprocher et froncer avec énergie les surfaces saignantes l'une contre l'autre.

Avant d'arrêter les sutures, il est facile de se rendre compte de la facilité avec laquelle ces surfaces sont agglutinées et maintenues, ce qu'on ne peut obtenir, quand on se contente de tordre les fils en avant de la réunion.

Dans les grandes déchirures, ce moyen me semble indispensable, car, seul, il permet d'abaisser la surface cruentée de la cloison, de

l'étaler par le tiraillement, et de la réunir énergiquement aux autres parties saignantes.

Je suis persuadé que c'est grâce à ce mode de suture que j'ai évité, dans ces grandes déchirures remontant à 5 ou 6 centimètres, la persistance si fréquente autrefois d'une fistule recto-vaginale, par désunion, vers l'angle supérieur de la réunion.

Quant aux inconvénients, ils sont nuls ou à peu près, si on surveille les extrémités de la cheville. Ceux-ci peuvent, en effet, ulcérer la peau si on les laisse appuyer sur elle sans intermédiaire. Il suffit d'interposer un morceau de taffetas gommé, qui est renouvelé.

On peut employer les sondes en gomme, qu'on perfore séance tenante, ou mieux, des tubes de plomb creux, à extrémités arrondies, et perforés d'avance de trous appropriés, ainsi que mon ami Monod l'a fait plusieurs fois.

Je n'ai pas l'intention, à propos de ce rapport, de comparer entre elles les différentes méthodes de périnéorrhaphie, les méthodes à lambeaux variées, celles actuellement prônées par plusieurs chirurgiens, avec des sutures en étage (rectales, vaginales et périnéales); aussi bien que les nouvelles méthodes, au moyen de sutures perdues avec des fils de catgut, et qu'on pourrait appeler sutures en capitonnage.

Cette discussion m'entraînerait trop loin et ne pourrait trouver place ici.

Je veux seulement conclure, en faisant remarquer que tous ceux qui ont employé d'une façon suivie cette méthode déclarent, avec M. Kirmisson et avec moi, qu'elle est plus facile à exécuter, plus sûre, surtout au point de vue de la reconstitution du sphincter, que toutes les autres; en tenant toujours compte de ce fait, qu'elle est employée surtout pour les déchirures complètes avec déchirure totale du sphincter.

Je propose donc de remercier M. Kirmisson de nous avoir communiqué ses deux observations avec les réflexions qui les accompagnent, de déposer son travail dans nos archives et de l'inscrire sur la liste des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire de la Société, dans un des meilleurs rangs.

Discussion.

M. Trélat fait remarquer qu'il a traité absolument les mêmes points que M. Terrillon dans une communication faite à la Société de Chirurgie le 16 avril 1884, et qu'il y est revenu avec plus de précision au congrès de Copenhague, en août de la même année.

Le procédé suivi par M. Terrillon ressemble beaucoup au procédé d'Emmet; il lui emprunte la plupart de ses temps, mais ce n'est pas le procédé d'Emmet. Cet auteur fait suivre à ses fils de suture le trajet dont M. Terrillon vient à nouveau de donner la description, puis il les ferme successivement comme un cordon de bourse par torsion ou par nœud, de manière à rapprocher par froncement toutes les parties comprises dans l'anse.

Il n'y a pas besoin d'insister pour établir que la suture enchevillée qu'emploie M. Terrillon ne saurait agir de la même manière. Elle rapproche les parties suivant l'axe du fil qui tend à se redresser, mais elle ne rapproche pas les parties circulairement.

Emmet insiste sur cette action de froncement; c'est un caractère de son procédé. Il faut l'accepter ou bien déclarer qu'on exécute une variante, mais non le procédé lui-même. J'avais déjà dit cela l'an passé; je ne fais que le répéter aujourd'hui.

Au fond, cette querelle doctrinale semble assez peu importante. Je crois le vrai procédé d'Emmet plus facile, plus simple, plus rapide à exécuter que d'autres procédés. C'est pour cela que je l'ai adopté. Mais j'enseigne que pour toutes les opérations plastiques il y a deux conditions de succès : l'asepsie de la plaie et un affrontement vigoureux des surfaces avivées. Il est clair que ces deux conditions peuvent être plus ou moins bien réalisées de différentes façons. La suture enchevillée de M. Terrillon est une de ces façons. Il a réussi; mais l'expérience ne prouve pas qu'il ait réussi plus sûrement que par la suture à points séparés.

J'ai eu tout récemment l'occasion de vérifier et de faire constater la valeur absolue des deux conditions que je viens d'indiquer. J'opérais, pour une déchirure totale du périnée, une jeune femme accouchée depuis six mois. L'époque semblait suffisamment éloignée de l'accouchement. Cependant, après une opération d'ailleurs régulière, au moment de serrer les sutures, je remarquai que les parties molles, y compris la peau, se laissaient couper par les fils. Le fil postérieur ou anal coupa la peau dans l'étendue de 1 centimètre de chaque côté; le second fil dans l'étendue de quelques millimètres ; les autres furent placés sans section de la peau.

Bien que la suture eût un très bon aspect, je signalai aussitôt l'insuffisance probable de l'affrontement à la partie postérieure. L'événement justifia cette prévision. La plaie étant restée parfaitement aseptique, toute la partie antérieure se réunit complètement; il n'y eut pas de fistule recto-vaginale; mais en arrière, là ou l'affrontement n'avait pu être suffisamment serré, la réunion échoua dans la hauteur de 7 à 8 millimètres, au niveau même de l'anus. Il y aura à faire en ce point une petite opération complémentaire. J'espère que dans quelques mois les parties auront repris

assez de fermeté pour porter les deux points de suture nécessaires.

M. Verneuil. J'ai fait un nombre considérable de périnéorrhaphies en plaçant des fils vaginaux, rectaux et périnéaux, au nombre de 15 à 20, ce qui exigeait une heure d'opération. J'ai obtenu de la sorte des succès incontestables. Toutefois, ayant dernièrement employé le procédé d'Emmet avec M. Kirmisson, j'ai pu, en vingt minutes, avec cinq points de suture, obtenir des résultats semblables.

Dans ces conditions, j'ai abandonné mon procédé, qui m'avait donné de très beaux succès, et j'ai adopté le procédé d'Emmet.

M. Trélat. M. Verneuil tient absolument le langage que j'ai tenu l'année dernière.

M. Verneuil. En ce qui concerne la suture enchevillée, je la crois mauvaise, parce qu'elle est douloureuse et parce qu'elle ulcère les tissus. Je me borne à serrer mes fils après les avoir passés dans les trous d'un bouton de chemise.

M. Desprès. Le principe de l'opération d'Emmet a été imaginé par le baron Heurteloup, qui a proposé, à cet effet, une aiguille spéciale que l'on trouve décrite dans le *Traité* de Vidal de Cassis, et dans la *Médecine opératoire* d'A. Guérin.

M. Marc Sée. Je désire faire quelques observations au sujet de la question qui vient d'être soulevée; toutefois, l'heure étant un peu avancée, je demanderai à reprendre la parole à la prochaine séance.

M. Terrillon. En modifiant le moyen d'arrêt des fils à suture, je ne m'écarte pas pour cela des principes proposés par Emmet. Le point essentiel du procédé est le fil inférieur disposé de telle façon que la partie inférieure de la cloison soit abaissée; dès que ce but est atteint, il me paraît indifférent d'employer tel procédé plutôt que tel autre pour fixer les fils. Si j'ai adopté la suture enchevillée, c'est justement parce que, tout en respectant le principe, à mon avis, elle en assure mieux l'application.

Un scrutin a lieu pour la nomination d'une commission de trois membres chargés d'examiner les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire. Sont élus :

MM. Bouilly, Le Dentu, Reclus.

Lecture.

M. Schwartz lit un travail intitulé : *Quelques considérations sur la périnéorrhaphie.*

(Renvoyé à une commission composée de MM. Nepveu, Bouilly, Marc Sée, rapporteur.)

Lecture.

M. Humbert lit aussi un travail portant pour titre : *De la désarticulation du coude avec résection du condyle et de la trochlée.*

(Renvoyé à une commission composée de MM. Delens, Berger, Richelot, rapporteur.)

Présentation de malade.

Genu valgum. — Ostéoclasie.

M. Delens présente un jeune garçon âgé de 16 ans, auquel il a pratiqué l'ostéoclasie pour un *genu valgum* double. L'écartement des malléoles internes était de 17 centimètres. L'opération a été faite le 4 février, avec l'appareil de M. Collin. Tout s'est passé régulièrement. Il n'y a pas eu d'épanchement articulaire. Un appareil de Scultet a été appliqué d'abord et remplacé au bout de vingt-quatre heures par un appareil plâtré.

Ce dernier a été enlevé le trente-deuxième jour, et l'opéré a commencé à marcher vers le quarantième jour.

Aujourd'hui il marche très bien. La rectitude des membres est complète. Il n'y a aucun déplacement appréciable des fragments. Du côté droit, on ne peut soupçonner qu'il y a eu une fracture. Du côté gauche, à peine y a-t-il un peu d'épaississement du périoste.

Le résultat est très satisfaisant.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Gillette.

Séance du 22 avril 1885.

Présidence de M. Duplay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Les Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1er et 2e fascicules, 1884 ;

3° *Des polypes fibro-muqueux de l'amygdale,* par le professeur Masse, de Bordeaux (renvoyé à l'examen de M. Nepveu) ;

4° M. le baron H. Larrey fait don à la Société de deux ouvrages de sir James Paget : *Clinical Lectures and Essays*, et *Lectures on surgical Pathology;* des *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, et des *Bulletins de l'Académie de médecine* pour 1884, faisant suite à nos collections.

A l'occasion du procès-verbal. — Discussion sur la périnéorrhaphie.

M. Marc Sée. Il me paraît utile de jeter un coup d'œil sur ces modifications qui surviennent dans le périnée et dans les portions rompues de la cloison quand ces parties sont abandonnées à elles-mêmes, attendu que le rôle du chirurgien consiste à opérer les mêmes changements en sens inverse pour rétablir les organes dans leur état primitif.

Lorsque le périnée se déchire sous la pression de la tête de l'enfant, les divers éléments qui entrent dans sa composition ne se rompent pas au même niveau, ce qui rend les surfaces de la déchirure extrêmement irrégulières. Ces éléments et ceux de la cloison, c'est-à-dire la peau et ses prolongements dans le vagin et dans l'anus, le tissu sous-cutané et le pannicule graisseux, la lame fibreuse très mince qui représente l'aponévrose périnéale superficielle, les faisceaux musculaires appartenant au sphincter anal, au muscle

transverse du périnée et au constricteur du vagin, les vaisseaux et nerfs du périnée, tous ces éléments se rétractent immédiatement, mais à des degrés divers, ce qui ajoute encore à l'irrégularité des surfaces saignantes. Par suite de cette rétraction, qui se continue les jours suivants et jusqu'à la guérison des plaies, la saillie que les deux moitiés du périnée rompu formaient à l'origine dans le pli inter-crural s'efface de plus en plus, et, dans bien des cas, quand la cicatrisation s'est faite, c'est à peine si on trouve au fond de ce pli quelques petits appendices analogues aux caroncules myrtiformes résultant de la déchirure de l'hymen. La cloison se termine inférieurement par un bord tranchant transversal, résultant de l'union de la muqueuse vaginale avec la muqueuse rectale. La portion déchirée de cette cloison et le périnée semblent avoir complètement disparu, sans laisser de traces. En réalité, à part de petits lambeaux de tissus qui ont pu se mortifier, ils existent dans toutes leurs parties; ils se sont simplement étalés, en se portant surtout en dehors, un peu aussi en avant et en arrière. Le but que l'opérateur doit se proposer sera donc de ramener toutes ces parties vers la ligne médiane, et de les fixer par la suture dans leur position normale.

Ainsi, quand les parties déchirées se sont cicatrisées, on trouve, au milieu de la région périnéale, le bord libre de la cloison recto-vaginale, formé par une cicatrice qui unit entre elles les muqueuses vaginale et rectale; en dehors de ce bord libre, de chaque côté, une surface tégumentaire triangulaire, constituée, à sa partie moyenne, par la peau du périnée; en avant, par la muqueuse vulvaire et vaginale; en arrière, par la peau de l'anus. Le sommet de ces triangles, tourné en dedans, est occupé par un peu de tissu cicatriciel remplaçant la surface de la déchirure. Les éléments qui entrent dans la composition de ce triangle varient en étendue, suivant la manière dont la déchirure s'est faite. Ils sont doublés profondément par ce qui reste du tissu sous-cutané et par les muscles du périnée.

Pour être en mesure de remettre ces parties en place, il est nécessaire, avant tout, de les détacher par leur face profonde. Dans ce but, on fait une incision transversale sur le bord libre de la cloison, et l'on sépare, dans l'étendue de quelques millimètres, la muqueuse vaginale de la muqueuse rectale, dont on régularise au besoin les bords avec des ciseaux courbes. De chacune des extrémités de cette incision, on fait partir deux autres incisions dirigées un peu obliquement : l'une en avant, sur les côtés du vagin; l'autre en arrière, sur les côtés de l'anus. Ces deux incisions, qui s'écartent à angle très obtus, forment les deux côtés d'un triangle dont la base est en dehors. Elles doivent être assez profondes pour diviser la couche superficielle des muscles du périnée. Le lambeau ainsi dé-

limité latéralement et adhérent par sa base, est détaché par sa face profonde. Comprenant dans son épaisseur toutes les parties qui ont appartenu au périnée, il doit être conservé en totalité. De son sommet seulement on excisera une petite portion formée de tissu cicatriciel, de façon à arrondir cet angle. En agissant ainsi, on ne sacrifie pas la moindre portion de la peau du périnée, et l'on rend la réunion extrêmement facile, ce qui n'est pas toujours le cas quand on a avivé un espace triangulaire d'après les procédés en usage, comme le prouve le conseil donné par plusieurs chirurgiens, de faire, de chaque côté, une incision libératrice, pour que la suture ne soit pas trop tendue, et d'enlever les fils de très bonne heure, pour les empêcher de couper les tissus.

L'hémostase étant faite aussi complètement que possible, et une petite quantité de bismuth étant insufflée dans la plaie, comme j'ai l'habitude de le faire chaque fois que je veux obtenir la réunion immédiate, j'applique les sutures de la manière suivante :

Tandis qu'un aide tient les deux lambeaux relevés, je place à leur base trois ou quatre points de suture enchevillée. Je me sers, pour cette suture, de fils de catgut n° 2, et de chevilles formées par des petits rouleaux de gaze iodoformée de la grosseur d'un porte-plume. Elle doit être appliquée suivant les règles formulées par Emmet, et être assez serrée pour mettre en contact les bases des deux lambeaux. Les chevilles de gaze iodoformée ont l'avantage d'éviter toute mortification de la peau au-dessous d'elles, les fils de catgut celui d'éviter la section des tissus.

Les deux lambeaux, par cette suture profonde, sont appliqués l'un contre l'autre dans toute l'étendue de leur surface cruentée, ce qui facilite singulièrement leur accollement. Une suture superficielle, à points entrecoupés, réunit les bords libres de l'espèce de crête qu'ils forment à la surface du périnée. Faite avec du catgut n° 0, elle peut rester en place indéfiniment, jusqu'à ce que la résorption de la moitié profonde des anses permette à leur portion superficielle de tomber. La suture profonde doit être enlevée le septième ou le huitième jour.

Cette suture du périnée étant faite, rien de plus facile que d'appliquer quelques points de suture superficielle entrecoupée également au catgut fin, pour reconstituer la muqueuse vaginale et vulvaire. Quant à la muqueuse rectale, il n'est pas nécessaire de s'en occuper.

Je donne une grande importance au pansement qui doit être un pansement permanent et que je fais de la manière suivante : après avoir répandu sur les lignes de suture une très petite quantité de bismuth, j'applique sur le périnée un sachet de cellulose au sublimé ; j'introduis dans le vagin une notable quantité de gaze iodoformée

chiffonnée, et je fais pénétrer dans le rectum une bandelette de la même substance. Le sachet périnéal est recouvert d'une bonne couche de coton hydrophile, puis d'une compresse, et le tout est maintenu par un bandage en T. Enfin, par-dessus ce bandage, j'applique une bande de caoutchouc dont les tours, passant alternativement sur le bassin et sur le périnée, s'entre-croisent sur ce dernier, et exercent sur toute la région une compression modérée, mais continue, qui, en maintenant les surfaces traumatiques parfaitement en contact entre elles, s'oppose à toute accumulation de liquides dans l'épaisseur du périnée nouveau ou au-dessous de lui, et empêche de cette façon la formation de ces fistules recto-vaginales, qui sont le grand écueil à éviter dans la périnéorrhaphie.

Ce pansement peut rester six à huit jours et même davantage en place, quand aucun accident ne vient troubler le traitement. Naturellement une sonde doit être placée dans la vessie, ou le cathétérisme pratiqué deux ou trois fois par jour, ce qui est préférable. Les mesures auront été prises pour qu'un besoin de garde-robes ne se fasse pas sentir pendant ce temps.

Quand, ensuite, mettant le périnée à découvert, on trouve tout en parfait état, on peut être assuré que la réunion profonde est faite comme celle de la surface. On enlève alors la suture profonde; en très peu de temps, l'espèce de crête ou de bourrelet qu'elle avait maintenu sur la ligne médiane s'aplatit et disparaît. Il suffit, dès lors, de protéger pendant quelques jours par un pansement simple les parties restaurées, et de recommander à la malade d'éviter les mouvements qui pourraient décoller les parties réunies.

Trois points me paraissent dignes d'attention dans le procédé de périnéorrhaphie que je viens de décrire :

1° La substitution d'un lambeau triangulaire à la surface d'avivement des procédés usités ;

2° L'emploi d'une suture enchevillée profonde et d'une suture superficielle ;

3° La compression élastique exercée à la surface du périnée pendant tout le temps nécessaire à la réunion.

Je dois avouer que l'emploi du bismuth et de la cellulose au sublimé me paraissent également favoriser notablement le succès de l'opération.

M. Polaillon. L'opération d'Emmet donne d'excellents résultats lorsqu'il s'agit d'une déchirure périnéale de moyenne étendue, c'est-à-dire qui ne remonte pas au delà du tiers inférieur du vagin. Mais dans les cas où la déchirure remonte jusqu'à la moitié ou jusqu'au tiers supérieur de la cloison recto-vaginale, il n'est plus pos-

sible de contourner les surfaces avivées avec un fil qui restera caché par les parties molles dans tout son trajet, comme le recommande Emmet.

J'ai publié (dans les *Annales de tocologie*, numéro de mars 1885) un fait de restauration du périnée où je me suis trouvé dans l'impossibilité de réaliser le procédé d'Emmet dans toute sa pureté. Le sommet de la déchirure était si profond que, pour le contourner, il aurait fallu faire porter l'introduction et la sortie du fil inférieur au niveau des ischions et même au delà. J'employai donc l'artifice suivant :

Avec une aiguille longue et légèrement courbe, j'introduisis, *à la manière d'Emmet,* sur le côté gauche du périnée, le fil périnéal inférieur, et je le fis ressortir, un peu au-dessus de la déchirure, sur la ligne médiane de la paroi vaginale. Puis je saisis ce même fil avec une aiguille pourvue d'un chas à son extrémité et le ramenai sur le côté droit du périnée. Toute la déchirure était donc contournée par un fil, mais ce fil était à nu, dans l'étendue de quelques millimètres, sur la muqueuse du vagin, à une petite distance au-dessus de la déchirure. Malgré cette modification, le fil ainsi placé remplissait très bien l'usage du fil périnéal inférieur d'Emmet. Les autres fils périnéaux profonds furent passés comme à l'ordinaire.

En second lieu, lorsqu'il s'agit de faire non seulement une périnéorrhaphie, mais bien une périnéoplastie, je conseille, comme M. Sée, de conserver les tissus qui recouvrent les surfaces qu'on va aviver et d'en faire des lambeaux. Mais je ne décris pas ces lambeaux comme notre collègue.

De chaque côté du cloaque recto-vaginal, je pratique deux incisions *a b*, *a' b'* (*fig.* 1), qui, partant du quart inférieur des grandes lèvres, viennent aboutir sur les côtés de l'anus. Ensuite je pratique deux autres incisions *b c*, *b' c'*, qui partent de l'anus et qui se dirigent sur les côtés du vagin pour venir se rencontrer sur la cloison recto-vaginale, au niveau du point où se termine la déchirure. En disséquant successivement du côté droit et du côté gauche une épaisse couche des tissus compris entre ces deux incisions, j'obtiens deux lambeaux triangulaires *d*, *d'*, qui peuvent se relever du côté du vagin, et deux surfaces triangulaires cruentées *a b c* et *a' b' c'*, qui peuvent s'affronter.

Un point très important de cette dissection consiste à décoller la muqueuse vaginale au-dessus de la déchirure de la cloison dans l'étendue d'au moins 1 centimètre ; de telle sorte que les deux lambeaux, droit et gauche, soient reliés l'un à l'autre, dans leur partie profonde, par un petit lambeau de muqueuse vaginale.

Avant de serrer les sutures périnéales profondes, on relève, du côté du vagin, les lambeaux latéraux, de manière à adosser leur

surface saignante. On les fixe dans cette position par une suture entrecoupée *v* avec des fils d'argent, dont les chefs sont arrêtés par des tubes de Galli (*fig.* 2). Cette suture, dont les points doivent être placés à une distance de 6 à 7 millimètres les uns des autres, forme, sur la paroi inférieure du vagin, une sorte de crête qui con-

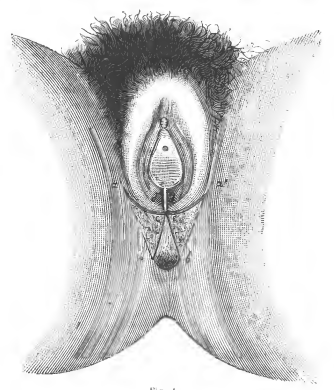


Fig. 1.

solide la réunion et contribue à prévenir la formation d'une fistule recto-vaginale.

Lorsque la suture vaginale est achevée, on affronte le périnée en tordant les fils profonds *p p p*, qui ont été passés à la manière d'Emmet, et on complète la réunion exacte de la peau par l'application de quelques points de suture superficielle *s s s s*.

En résumé, dans les cas de déchirure très étendue, je préconise : 1° de placer le fil périnéal inférieur à la manière d'Emmet, en le faisant sortir sur la muqueuse vaginale en arrière de la déchirure ; 2° de faire deux lambeaux latéraux que l'on relève du côté du vagin ; 3° de placer trois sortes de suture, une suture vaginale, une suture périnéale profonde et une suture périnéale superficielle.

On obtient ainsi une restauration très exacte des orifices anal et vulvaire, et un périnée très étendu. La rétraction cicatricielle efface plus tard la saillie de la crête vaginale, et diminue la longueur du périnée, qui paraît d'abord excessive.

La malade à laquelle j'ai fait allusion (observation in *Archives*

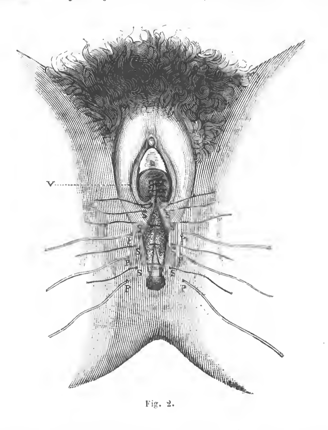


Fig. 2.

de tocologie, mars 1885) avait été opérée neuf fois sans succès. La déchirure était énorme, et toutes les parties qui la limitaient étaient transformées en tissu inodulaire. Néanmoins j'ai obtenu, par le procédé que je viens d'indiquer, une restauration parfaite du périnée et un retour très convenable des fonctions de l'anus.

M. Trélat. Lorsque la déchirure remonte très haut sur la cloison, il y a là une condition particulière qui nécessite certaines manœuvres spéciales. La manœuvre proposée par M. Polaillon est très rationnelle, mais l'expérience démontre qu'elle est d'une exécution difficile.

Aussi a-t-on proposé, dans les cas de ce genre, de traiter

d'abord la déchirure de la cloison, sans s'occuper du périnée. Ce n'est que lorsqu'on a reconstitué une partie de la cloison que l'on s'occupe de réparer le corps périnéal.

Pour ce faire, M. Polaillon propose de tailler des lambeaux sur les parties latérales de la perte des substances : c'est là une conduite que j'ai tenue, mais j'y ai renoncé parce que de semblables lambeaux, pris au milieu de tissus de cicatrice, sont très mal disposés pour une bonne réunion. Il vaut mieux de larges surfaces d'avivement maintenues au contact de la manière la plus exacte. Ce n'est pas une périnéoplastie, mais bien une périnéorrhaphie, qui est pratiquée.

M. Marc Sée n'est pas de l'avis de M. Trélat au sujet de la nature des tissus aux dépens desquels se fait l'avivement ou bien se taillent les lambeaux ; ce ne sont pas du tout des éléments cicatriciels, mais bien des tissus sains ayant leur vitalité propre.

M. Trélat affirme de nouveau que c'est en très grande partie sur du tissu cicatriciel qu'a lieu l'avivement en question.

M. Polaillon. Je conviens que la simple suture des deux surfaces avivées du périnée doive s'appeler une périnéorrhaphie. Mais quand on forme des lambeaux et qu'on mobilise ces lambeaux pour restaurer à la fois la partie inférieure du vagin et le périnée, on exécute une véritable autoplastie, qu'on est autorisé à appeler une vaginoplastie et une périnéoplastie.

Quant à la pratique qui consiste à faire, pour les déchirures très étendues, deux opérations, d'abord une restauration de la cloison recto-vaginale, et, plus tard, une périnéorraphie, elle me paraît très bonne. Mais je soutiens qu'on peut arriver au même but en une seule séance par le procédé que j'ai indiqué.

Rapport.

M. Bouilly lit un rapport sur un travail de M. le Dr Grynfelt.

J'ai été chargé par le bureau de la Société de rendre compte d'une observation envoyée par M. Grynfelt, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, et intitulée :

Injections intra-uréthrales de chlorhydrate de cocaïne pour faciliter le cathétérisme.

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, à antécédents arthriti-

ques, nerveux, impressionnable, ayant eu deux chaudepisses, l'une, pendant six mois, l'autre, pendant deux ans. En décembre 1884, il est pris d'une rétention d'urine contre laquelle le cathétérisme ne peut être pratiqué et qui cède le lendemain à un traitement médical approprié.

Peu de temps après, le malade vient se remettre entre les mains de M. Grynfelt pour faire soigner son rétrécissement.

Notre confrère, en présence des craintes et des répugnances du malade à subir le cathétérisme, eut l'idée d'anesthésier l'urètre au moyen du chlorhydrate de cocaïne. 5 à 6 grammes d'une solution au 1/50 sont injectés dans le canal et maintenus environ 20 minutes en pinçant le méat; puis cette injection est suivie d'une injection d'huile.

Une fine bougie olivaire du n° 2 ou 3 de la filière Charrière est introduite sans aucune douleur et sans aucun accident consécutif; un numéro plus gros ne peut être introduit.

Huit jours plus tard, M. Grynfelt commence la dilatation progressive et, grâce à l'injection de chlorhydrate de cocaïne, l'introduction des bougies se fait régulièrement tous les deux jours sans que le malade accuse jamais de douleur. Du 16 janvier 1885 au 7 février, la dilatation est portée du n° 3 au n° 14.

Plusieurs fois la bougie a pu être conservée une demi-heure dans le canal sans provoquer aucune douleur.

Dans une des séances qui précédaient immédiatement l'envoi de son observation, M. Grynfelt négligea à dessein l'emploi de la cocaïne : tout le temps de la manœuvre, le malade témoigne de vives douleurs jusque-là à lui inconnues.

A cette époque, notre confrère se proposait de terminer la cure de ce rétrécissement à l'aide de bougies Beniqué introduites avec les mêmes précautions.

M. Grynfelt se demande en terminant son observation si, à l'avenir, les injections intra-uréthrales de cocaïne ne pourraient pas prévenir l'apparition des accès de fièvre urétrale consécutive au cathétérisme, se produisant par voie réflexe (Dolbeau), en dehors, bien entendu, de toute lésion rénale préexistante.

Cette heureuse application, à l'anesthésie de la muqueuse urétrale, des propriétés de la cocaïne, pouvait être prévue et agrandit encore le cercle de ses indications. Nous aurions été heureux que cette idée eût pris naissance chez nous. Malheureusement, M. Grynfelt a été devancé et il nous fait part lui-même, au début de son observation, d'un travail qu'il ignorait au moment de ses essais avec la cocaïne en injections uréthrales.

M. Otis, de New-York (*New-York medical Journal*, 6 décembre 1884), s'est aussi servi de solutions de chlorhydrate de cocaïne

à 4 0/0 dans l'huile d'olive pour obtenir l'anesthésie de la muqueuse de l'urètre au moment de cathétériser le conduit, dans le cas d'irritabilité uréthrale et chez les sujets atteints d'une affection douloureuse de la prostate, puis pour introduire dans le canal des instruments de lithotritie. La solution anesthésiante était injectée dans l'urètre au moyen d'une seringue fixée dans une sonde de gomme ouverte à son extrémité uréthrale, sonde à bout coupé.

L'observation de M. Grynfelt nous montre que l'anesthésie peut être obtenue avec une solution à 2 0/0 et qu'on peut se passer de la solution à 4 0/0 employée par Otis, remarque qui a bien sa valeur, étant donné le prix élevé de la cocaïne.

A la même époque, en Allemagne, M. Blumenfeld (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1884, nº 50) démontrait qu'on peut obtenir une anesthésie prolongée de la muqueuse de l'urètre en injectant dans le canal 2 à 3 centimètres cubes d'une solution à 2 0/0 de cocaïne et en la maintenant pendant 3 à 4 minutes par l'occlusion du méat. La muqueuse est alors le siège d'une anesthésie qui s'étend jusqu'à la limite postérieure de la portion prostatique. Cette anesthésie persiste, d'après les recherches de M. Blumenfeld, pendant une demi-heure, mais on peut prolonger sa durée en renouvelant l'injection.

Il faut veiller à ce que la solution de cocaïne destinée à ces injections intra-uréthrales soit préparée *sans addition d'alcool.*

Le même auteur propose d'essayer, dans certains cas de rétention d'urine, l'application sur la muqueuse de l'urèthre, à l'aide d'un porte-remède, d'une pommade à la cocaïne à 3 à 4 0/0, avec l'espoir de pouvoir se dispenser du cathétérisme.

Il me semble inutile d'insister davantage sur les nombreuses indications où ce précieux anesthésique local peut trouver place dans les affections des voies génito-urinaires ; je ne doute pas que bientôt on ne voie surgir les observations d'anesthésie uréthrale obtenues pour faciliter le cathétérisme dans ses diverses indications : retirer les corps étrangers de l'urèthre, pratiquer l'uréthrotomie interne, etc.

Quant à l'hypothèse soulevée par M. Grynfelt, de la suppression possible ou de la prophylaxie de la fièvre uréthrale, grâce à l'injection préalable de cocaïne, je ne saurais guère m'y rattacher. L'origine réflexe des accès de fièvre uréthrale, en dehors de toute lésion rénale préexistante, me paraît fort douteuse. Avec ou sans cocaïne l'accès fébrile reste toujours à redouter si la manœuvre chirurgicale blesse un point quelconque des voies urinaires et ouvre une porte d'entrée à l'absorption d'une urine altérée ou si les reins présentent des lésions congestives ou destructives plus ou moins latentes, conséquence même de l'affection des voies d'excrétion.

Grâce au nouveau moyen proposé, nous pourrons savoir à l'avenir si l'élément *douleur* joue un rôle dans l'explosion des accidents, et ce ne serait pas un des points les moins importants de cette nouvelle conquête.

A ce titre, nous devons savoir gré à M. Grynfelt d'avoir soulevé cette hypothèse.

Je propose à la Société : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son observation dans nos archives.

Discussion.

M. Nicaise. Je crois qu'il y aurait lieu de faire quelques réserves au sujet de l'action anesthésiante de la cocaïne sur les muqueuses autres que la muqueuse oculaire. Sur cette dernière, la cocaïne a une action incontestable, mais je n'ai pas constaté qu'il en fût de même sur les muqueuses vésicale et uréthrale.

M. Bouilly. L'observation de M. Grynfelt n'est pas isolée; il y a d'autres faits du même genre qui semblent témoigner en faveur de cette action, à condition, bien entendu, que la cocaïne soit absolument pure et ne soit pas employée en dissolution dans l'alcool.

C'est probablement à cette cause qu'il faut attribuer certains insuccès que j'ai pu constater, en particulier lorsqu'il s'agit d'anesthésier la muqueuse rectale.

Les conclusions proposées par M. Bouilly sont mises aux voix et adoptées.

Mal perforant palmaire.

M. Terrillon. J'ai présenté, dans une séance de mars 1885 de la Société de chirurgie, un malade ataxique au début, avec symptômes prédominants du côté des membres supérieurs, et qui présentait au niveau de la main droite une affection semblable au mal perforant du pied.

Malgré la position de cette ulcération profonde à bords taillés à pic, avec induration du derme et de l'épiderme, au niveau du pli palmaire, j'ai cru devoir admettre qu'il s'agissait là d'un mal perforant palmaire.

M. Nicaise, qui avait examiné le malade, pensa qu'il s'agissait ici d'un simple durillon, avec crevasse au niveau du pli de flexion du doigt. L'examen histologique pouvait seul trancher la question. Il fut facile de le pratiquer, puisque l'ablation des parties indurées était indiquée pour obtenir la guérison de ce malade. L'ablation des deux parties indurées qui limitaient l'ulcération fut pratiquée

le 20 mars; un pansement ouaté permit d'obtenir la guérison en moins de quinze jours.

Cet examen démontra, en effet, qu'il s'agissait là d'une affection ayant les mêmes caractères que le mal perforant, tel qu'il est décrit dans le *Manuel d'histologie* de MM. Cornil et Ranvier (2e éd., *Mal perforant*).

Ces caractères peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Épaississement considérable de l'épithélium;

2° Augmentation du volume des papilles dermiques;

3° Exagération de l'épaisseur du derme.

Ces troubles trophiques de la main, liés à des altérations du système nerveux, ne sont pas très rares, et le deviendraient encore beaucoup moins si l'attention était appelée sur eux. Un médecin très distingué de la région de l'ouest, M. le Dr Mervaud, a fait paraître, en 1883, dans la *Gazette hebdomadaire*, un travail très intéressant sur certains troubles de la nutrition survenant ou niveau des doigts et paraissant liés à une altération du système nerveux. Ce travail est intitulé : *De la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures.*

Il s'agit de panaris à répétition et se terminant par élimination de portions osseuses et même de phalanges entières, chez des individus dont la sensibilité est en partie abolie dans tout le membre supérieur avec atrophie plus ou moins complète des muscles.

Chez quelques-uns de ces malades, M. Mervaud a signalé des crevasses, assez profondes et rebelles, existant souvent au niveau des plis palmaires, avec un épaississement épidermique notable. Il n'hésite pas à ranger ces lésions dans la classe des troubles trophiques.

Ainsi, sans insister davantage sur ces lésions, elles suffisent cependant pour montrer qu'elles sont dues à des altérations nerveuses. Il n'est donc pas douteux que le fait que j'ai signalé se rapporte à des lésions analogues sous l'influence de l'ataxie au début, occupant surtout la région supérieure de la moelle.

Le mal perforant est donc semblable à celui qui caractérise souvent la période préataxique dans la région plantaire.

Discussion.

M. Poncet. Au moment où j'ai émis, presque en même temps que M. Duplay, la théorie nerveuse relative au mal perforant et attiré l'attention sur les troubles trophiques qui en sont si souvent la funeste conséquence, j'ai indiqué que ce mal perforant se rencontrait aussi très fréquemment à la région palmaire.

M. Nicaise. Je maintiens que dans le mal perforant proprement dit il y a, non pas hypertrophie, mais destruction, atrophie des tissus, puis perforation, ce qui n'existait pas dans le cas présenté par M. Terrillon, où on constatait surtout une sclérose hypertrophique des éléments du derme.

M. Terrillon ne partage pas du tout la manière de voir de M. Nicaise au sujet de sa théorie sur le mal perforant.

Lecture.

M. Bousquet, agrégé au Val-de-Grâce, lit un travail relatif à deux observations d'*arthrite blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire.*

(Commission : MM. Marc Sée, Nicaise, Horteloup, rapporteur.)

Lecture.

M. Kirmisson donne lecture, à l'appui de sa candidature, d'un travail ayant pour titre : *De l'ablation des tumeurs du triangle de Scarpa.*

(Commission : MM. Lannelongue, Bouilly, Reclus, rapporteur.)

Présentation de pièce.

Sarcome sous-cutané de la joue.

M. Horteloup présente le moulage (Baretta) de la joue d'une malade entrée dans son service de la Maison de santé, n° 1 (dames), le 20 avril 1885.

Cette malade, Mme C..., 46 ans, portait depuis son enfance une tumeur érectile au-dessus du sourcil droit, qui fut enlevée par le Dr Sarrazin, de Bourges, il y a trois ans.

Deux mois après cette opération, en faisant sa toilette, elle sentit au milieu de la joue gauche une grosseur du volume d'un pois. Sa tumeur était indolente, la peau, qui n'avait pas changé de couleur, pouvait être pincée au-dessus de la grosseur.

Mme C... ne voulut pas se faire opérer de suite, mais la tumeur présentait un accroissement très lent qui se faisait, de bas en haut et d'avant en arrière, par l'apparition de petits lobules se développant ensuite très lentement. Au dire de la malade, l'apparition de ces lobules coïncidait avec des chagrins ou des émotions.

Actuellement la tumeur présente le volume d'une orange, 10 centimètres de haut en bas, 11 centimètres de dedans en dehors.

La malade ne souffre nullement, mais elle se plaint de gêne dans les mouvements de la joue et d'un léger larmoiement.

La peau, parfaitement mobile sur tous les points de la tumeur, est lisse, d'un rouge violacé, sillonnée par des arborescences vasculaires très fines ressemblant à la peau d'un vieillard légèrement couperosée.

Lorsqu'on saisit la tumeur, on constate une consistance mollasse, avec quelques lignes plus résistantes circonscrivant chaque lobule. Ces points mollasses ne donnent nullement la sensation de fausse fluctuation.

On peut remuer la tumeur en totalité et on reconnaît qu'elle jouit de mobilité profonde.

Si on fait gonfler les joues de la malade, on sent que la tumeur n'est pas bridée par des fibres musculaires.

Il n'y a pas de battements, de souffle ni d'expansion, et les vaisseaux normaux de la joue ne présentent aucune altération.

Pas de masses ganglionnaires dans les régions voisines, M. Sarrazin, en envoyant cette malade, avait pensé que la nature de cette tumeur pouvait être analogue à celle de la première tumeur qu'il avait enlevée, trois ans auparavant, à la région frontale. Je ne crus pas devoir partager cette opinion d'après les signes que je viens de rapporter, et je fus d'avis que nous avions affaire à un néoplasme développé dans la région sous-cutanée et, très probablement, dans la boule graisseuse de Bichat.

Le développement de la tumeur d'avant en arrière, bien observée par la malade, permettait de repousser l'idée d'une tumeur ayant pris naissance dans un des prolongements antérieurs de la parotide qui, quelquefois, deviennent le point de départ de tumeurs simulant des tumeurs de la joue.

La forme bosselée, la consistance molle, la marche lente, l'absence de douleurs, me firent admettre un lipome ayant pour point de départ la boule de Bichat.

L'opération a été faite ce matin, 22 avril; une incision longitudinale fut pratiquée dans le sillon naso-jugal, puis une seconde incision horizontale partant du milieu de cette première incision fut conduite jusqu'à l'extrémité de la tumeur.

Deux lambeaux de peau furent disséqués en haut et en bas; la

tumeur n'avait aucun point d'adhérence, et elle put être énucléée avec une grande facilité sans perdre deux cuillerées de sang. Deux ligatures furent jetées sur deux petites artérioles.

L'énucléation de la tumeur permet de voir le muscle buccinateur complètement à nu.

Les lambeaux furent rabattus sur la joue, huit points de sutures fermèrent la plaie, et un tube à drainage fut placé dans l'angle externe de la plaie.

Un pansement compressif avec de la gaze iodoformée et de la ouate hydrophile fut maintenu sur la plaie.

L'examen de la pièce nous fit reconnaître que ce n'était pas un lipome, mais un sarcome fasciculé avec, dans quelques points, une dégénérescence graisseuse.

Si les lipomes ayant pour point de départ la boule de Bichat sont rares, je crois que les sarcomes ayant cette origine sont exceptionnels, car je n'ai trouvé, dans les ouvrages classiques, aucune mention de sarcomes analogues.

Discussion.

M. Verneuil. Je croirai assez volontiers que cette tumeur présente une certaine analogie avec celle que j'ai observée également à la joue et qui s'était développée au niveau d'une cicatrice résultant de l'ablation d'un épithélioma de cette région. C'était un fibrome type dont l'examen a été fait par M. Balzer et qui rentrerait dans le groupe dit de *métamorphose* ou *substitution de tumeurs*, sur laquelle j'ai fait une leçon clinique.

M. Horteloup. Je me permettrai de faire observer à M. Verneuil que la pièce que je présente est très différente du fait curieux qu'il vient de rappeler.

Le fibrome dont parle M. Verneuil s'est développé dans une cicatrice de la peau de la face se succédant à l'ablation d'un épithélioma de la peau.

La pièce que je soumets à l'examen de la Société a de remarquable que le point de départ se trouve dans l'épaisseur de la joue, sans que la peau ou les muscles soient atteints; *le sarcome a eu pour origine la boule graisseuse de la joue*, et, d'après le peu de faits que nous avons sur les altérations de cet organe, je crois qu'il n'était pas sans intérêt de le faire connaître.

Présentation de pièce anatomo-pathologique.

Kyste du parovarium.

M. Polaillon. J'ai enlevé ce kyste par l'ovariotomie chez une femme de 26 ans, nommée V... Marguerite.

En mai 1882, pendant le cours d'une variole, le ventre de la malade a commencé à prendre un développement insolite. En février 1883, elle entra à l'hôpital de Clermont-Ferrand, où une ponction fut faite. On retira cinq litres et demi d'un liquide clair comme de l'eau de roche. Quelques semaines après cette ponction, elle devint enceinte et accoucha naturellement le 29 décembre de la même année. Elle allaita son enfant.

Le ventre recommença à grossir dans le courant de l'année 1884, et, le 11 mars dernier, elle entra dans mon service de la Pitié.

Le ventre était plus volumineux qu'au terme d'une grossesse, présentant une tumeur indolente, nettement fluctuante, sans bosselures, sans prolongement du côté du petit bassin. Santé habituellement bonne. Époques menstruelles régulières. Point de péritonite antérieure. Point d'accidents d'aucune sorte.

Il était facile de reconnaître un kyste uniloculaire de l'ovaire, et probablement un kyste du parovarium, en raison du liquide limpide que la ponction avait donné.

L'ovariotomie eut lieu le 21 mars 1885. Pas d'adhérences d'aucune sorte. Le pédicule mince fut lié en deux faisceaux avec un fil de soie et abandonné dans le ventre. L'opération, très simple, dura à peine une demi-heure, depuis le commencement de la chloroformisation jusqu'à la fin du pansement.

Les suites de l'opération furent des plus naturelles. Le 12 avril, la malade se leva, et aujourd'hui, 22 avril, elle quitte la Pitié, portant au-dessus du pubis une cicatrice linéaire qui mesure 6 centimètres de longueur.

Le kyste que je présente est un exemple type de kyste du parovarium. Il offre une paroi propre, mince, recouverte par les faisceaux musculaires hypertrophiés de la couche de Rouget, et par le feuillet péritonéal du ligament large. Il contenait sept litres d'un liquide clair légèrement ambré.

J'aurais pu l'enlever en conservant l'ovaire correspondant. Mais cet ovaire était parsemé de nombreux kystes, dont la grosseur variait depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une cerise. Il était donc prudent d'enlever en même temps l'ovaire.

Je ferai remarquer que ce kyste a récidivé après une simple ponction, mais qu'il était de la nature des kystes qu'on peut guérir par

une ponction et une injection iodée. Cependant l'injection aurait-elle été plus simple, plus exempte de danger, plus rapide dans sa cure que l'ovariotomie. Et si elle avait guéri la malade, n'aurait-elle pas laissé subsister la menace d'une récidive, puisque l'ovaire voisin était kystique ?

La conclusion pratique de cette présentation est qu'il est toujours plus sûr de faire l'ovariotomie et, que, dans les conditions d'un kyste uniloculaire sans complication, cette opération n'est pas plus dangereuse que la ponction suivie d'une injection iodée.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 29 avril 1885.

Présidence de M. S. Duplay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Sur la cure radicale des varices*, par le Dr A. Lebrun.

3° *Contributions à l'étude des luxations médio-carpiennes traumatiques*, par le Dr M. Clandot, médecin principal de l'École polytechnique.

Communication.

M. Terrillon lit un travail intitulé : *Des récidives cancéreuses après l'ablation de quelques kystes de l'ovaire.*

Parmi les opérations d'ovariotomie que j'ai pratiquées à la Salpêtrière et dont j'ai communiqué le résumé à la Société de Chi-

rurgie dans la séance du 1er octobre 1884, j'ai recueilli l'observation d'une malade qui présente un très grand intérêt au point de vue de la nature et du pronostic des kystes ovariques.

Il s'agissait d'une femme jeune encore, présentant les signes ordinaires d'un kyste de l'ovaire dont l'évolution n'avait rien présenté de particulier. La tumeur fut enlevée et l'examen macroscopique n'y révéla rien de spécial ; elle avait l'aspect ordinaire des kystes multiloculaires ; constituée par une grande poche principale, à paroi interne légèrement végétante, et d'autres poches plus petites.

Cette apparence si vulgaire fut cause qu'on négligea de faire l'examen histologique des parois, après l'extirpation.

La malade guérit rapidement et reprit ses occupations.

Au bout de six mois, survint au niveau de la cicatrice abdominale une tumeur qui prit bientôt toutes les apparences d'une affection maligne, avec infiltration s'étendant dans la paroi abdominale et noyaux cancéreux développés à distance.

Enfin, un an après l'opération, la mort arriva par généralisation et cachexie consécutive.

Voici, du reste, cette observation, qui a été suffisamment résumée pour ne contenir que les détails indispensables.

Mlle D..., 24 ans, a été réglée à 13 ans et est accouchée à 18 ans.

Trois jours après ses couches, elle fut prise, dans le côté gauche, d'une douleur assez vive s'irradiant dans la région lombaire : elle eut quelques vomissements. Cet état dura neuf jours.

Les règles ne sont revenues que 6 mois après l'accouchement : elles reparurent régulièrement, sauf en août 1882, où elles furent supprimées pendant 2 mois, et en octobre, où la suppression dura 3 mois.

Le ventre commença à se développer au mois de janvier 1876, et acquit en deux mois et demi un volume considérable. Une ponction faite à cette époque donna issue à 6 litres d'un liquide blanc. Il persista néanmoins une masse dure, très appréciable, surtout à gauche.

Pas d'antécédents cancéreux dans sa famille.

Entrée à la Salpêtrière le 27 novembre 1882.

L'augmentation de volume du ventre continue. Du 27 novembre, jour de l'entrée, jusqu'en décembre, il acquiert des dimensions énormes, surtout dans la portion supérieure, où la tumeur semble surtout s'accroître. La paroi abdominale est tendue, résistante. Sa consistance est uniforme, plus grande cependant qu'on ne l'observe généralement dans les kystes de l'ovaire.

Matité complète.

Fluctuation partielle ; pas de sensation de flot.

L'état général est satisfaisant. Légère pesanteur dans la région lombaire. Les mictions sont un peu plus fréquentes qu'à l'ordinaire ; les urines sont normales.

Une ponction faite le 1er décembre donne 7 litres d'un liquide coloré en brun et contenant de la paralbumine.

L'utérus n'est pas remonté ; les culs-de-sac sont libres.

L'opération est pratiquée le 4 décembre 1882.

Elle dure une heure un quart. Des adhérences épiploïques et pariétales nécessitent 12 ligatures au catgut. On retire environ 10 litres de liquide.

La tumeur pesait 5 kilogrammes. Elle était formée d'un kyste multiloculaire à parois très résistantes. La poche principale était garnie par places, du côté de sa surface interne, de végétations peu développées, mais assez abondantes.

Dans une partie de cette grande poche se trouvait une masse aplatie, constituée par une quantité innombrable de kystes.

Il faut surtout noter le développement tout particulier qu'avait pris la tumeur; elle remontait jusqu'au diaphragme.

La malade guérit sans accident et sortit le 22 janvier 1883, pour retourner en province.

Vers le mois de mai, elle s'aperçoit qu'au milieu de la cicatrice se développe une tumeur violacée et douloureuse qui, un mois après, avait acquis le volume d'une noix et présentait à sa surface des orifices laissant écouler un liquide séro-sanguinolent.

Le 15 *juin*, elle rentre à la Salpêtrière.

La tumeur, d'apparence fongueuse, donne issue à une assez grande quantité de liquide, et un stylet, introduit par un orifice, pénètre dans une cavité dont les parois saignent facilement.

Quelques bourgeons saillants furent cautérisés avec le thermo-cautère. La plaie ainsi produite, au lieu de se cicatriser, donna naissance à une quantité de bourgeons plus saignants et plus violacés qu'auparavant, et l'induration s'étendit dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

On eut alors la certitude qu'il s'agissait d'une tumeur maligne développée dans la cicatrice. L'ablation de quelques bourgeons permet de les examiner et de faire voir qu'il s'agissait probablement d'un sarcôme. Bientôt apparurent des noyaux violacés dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale.

En même temps, la masse primitivement indurée paraissait faire des progrès dans l'intérieur de l'abdomen. Plusieurs noyaux développés dans la paroi augmentaient de volume.

Enfin, la première masse ayant considérablement bourgeonné, s'ulcéra, et des hémorrhagies vinrent compliquer la situation.

La malade souffrait beaucoup; cependant sa santé générale, son embonpoint, persistaient.

Le 15 *octobre* elle demande à rentrer chez elle. L'amaigrissement et la cachexie, indices de troubles profonds de la nutrition, commençaient à apparaître.

Mais la maladie continua de s'accroître, elle envahit les organes abdominaux et les parois de l'abdomen. Le poumon fut également envahi, d'après l'opinion du médecin qui lui donna des soins à X...

La malade mourut épuisée le 10 décembre, un an après l'opération qui l'avait débarrassée de son kyste.

Comme elle était chez elle, à la campagne, l'autopsie ne put être pratiquée.

La première idée qui s'impose, en lisant cette observation, est que la tumeur ovarique enlevée par l'opération était elle-même de nature sarcomateuse. L'affection maligne avait récidivé à peu de distance et tué la malade par généralisation.

Telle est l'opinion que je vais discuter. Je rechercherai également si cette récidive à la suite de l'ablation des kystes ovariques est fréquente et dans quelles conditions elle se produit; enfin, je donnerai, autant que possible, l'explication de cette récidive.

Mais avant d'aborder cette étude, je rappellerai que cette question de la récidive des kystes de l'ovaire n'est pas nouvelle devant la Société de Chirurgie.

Déjà M. Panas, en 1874 (*Bull. Soc. de Chirurg.*, 1874, p. 324), avait présenté l'histoire d'une malade qui, opérée en 1871, pour un kyste multiloculaire de l'ovaire, et guérie dans d'excellentes conditions, était morte dix-huit mois après d'une affection cancéreuse généralisée.

Je relève dans l'observation de cette malade les détails suivants: après l'opération, sa santé était devenue florissante, mais bientôt l'amaigrissement et la cachexie survinrent. Des douleurs vives se déclarèrent sur différents points du corps et ramenèrent, quelque temps après, la malade à l'hôpital.

Rien n'était survenu du côté de l'appareil génital : vulve, vagin, ovaire restant, ligament large du même côté. Tous ces organes étaient absolument sains. Par contre, les ganglions inguinaux, iléo-lombaires, ceux des aisselles et du cou, étaient devenus le siège d'une dégénérescence cancéreuse des plus manifestes. Enfin, les deux seins, les deux clavicules, les deux omoplates et divers points de la colonne vertébrale étaient envahis par les noyaux cancéreux.

En présence de ces faits, M. Panas n'hésita pas à faire de la tumeur ovarique le point de départ des accidents consécutifs à l'opération. Cependant le kyste enlevé dix-huit mois auparavant présentait les caractères ordinaires des kystes à contenu gélatineux et à parois proliférantes. Telle avait été l'opinion de MM. Boinet et Verneuil, qui avaient assisté à l'opération.

M. Panas cita encore l'histoire d'une autre malade qui, consécutivement à l'ablation d'un kyste multiloculaire, mourut d'une tumeur développée dans le col utérin.

Dans le cours de la discussion, M. Verneuil rappela qu'une ma-

lade qu'il avait pu suivre mourut également de cancer généralisé à la suite d'une ovariotomie pratiquée pour un kyste multiloculaire.

On signala enfin une malade de Boinet, à laquelle il avait enlevé un kyste multiloculaire à contenu gélatineux, et qui guérit rapidement dans de bonnes conditions. Mais quelque temps après, un énorme cancer se développa au niveau du pédicule.

Malgré cette discussion sur la généralisation rapide du cancer, succédant à la guérison de l'ovariotomie, le sujet n'a été en France l'objet d'aucun travail d'ensemble, malgré les cas analogues aux précédents, qui ont été publiés.

Je puis encore signaler quelques indications éparses dans un article de M. Worms inséré dans la *Gazette hebdomadaire* (1860, p. 691), où l'auteur parle de la récidive possible ou de la généralisation des kystes après guérison de l'ovariotomie.

Le professeur Olshausen a publié un article important sur ce sujet dans le *Compendium de Pitha et Billroth* (vol. IV, 1re partie, B, p. 382). Dans ce travail, l'auteur analyse un certain nombre d'observations et discute avec soin les causes probables de la récidive ou de l'extension, en s'appuyant sur les caractères histologiques de ces tumeurs et sur leur mode de développement.

Hégar et Kaltenbach (trad. franç., 1884, p. 243) s'expriment ainsi à propos des récidives des kystes de l'ovaire :

« Un très petit nombre des opérées, après des mois ou des années, sont atteintes de cancer des organes abdominaux.......

« Dans ce cas, il s'agit simplement de la récidive de la tumeur maligne qui a été enlevée ; nous adoptons cette interprétation même pour les cas où le caractère malin de cette tumeur a été méconnu pendant l'opération et où des masses cancéreuses se trouvaient enveloppées par une coque qui a pu faire croire à l'existence d'un simple kyste de nature bénigne. »

On en trouve encore plusieurs exemples dans une série de statistiques intégrales dues aux gynécologistes américains, Mac Guyre et Goodell entre autres, et publiées dans l'*American Journal of Obstetric*. Tout récemment Goodell est revenu sur ce sujet dans un article publié dans le *Medical News* de Philadelphie (21 mars 1885, p. 313).

Enfin un de mes élèves, le Dr Bourguelle, a pris, d'après mes conseils, pour sujet de thèse inaugurale l'histoire de ces récidives [1].

Depuis cette époque, un certain nombre de cas publiés par les

[1] *Contribution à l'étude des suites éloignées de l'ovariotomie. Dégénérescence consécutive à l'ovariotomie*, Paris, 1884.

principaux ovariotomistes permettent d'établir une statistique plus complète, que j'ai résumée dans un tableau annexé à ce travail.

Malheureusement, la plupart des observations n'ont pas été prises à ce point de vue spécial. Aussi trouve-t-on la formation cancéreuse secondaire signalée sans autres commentaires et sans aucun détail. Il semble qu'il ne s'agisse là que d'un phénomène ultime n'ayant qu'un rapport incertain avec la maladie de l'ovaire qui a nécessité l'opération. Cette remarque est surtout vraie pour les cas qui ne sont indiqués que par une notation brève dans un tableau de statistique; ceci est particulier aux observations publiées par Péan, Spencer Wells et d'autres. J'ai dû me contenter de l'indication fournie par ces tableaux.

J'ajouterai que j'ai éliminé avec le plus grand soin les cas de récidives survenant dans l'autre ovaire, après ablation du premier.

Il s'agit là d'une simple prédisposition de deux organes semblables à l'envahissement par une même maladie. Cet envahissement n'est pas rare, car il arrive souvent qu'on enlève, dans le cours d'une opération, deux ovaires kystiques à des degrés différents. Il est assez fréquent de voir après une première ovariotomie l'autre ovaire devenir kystique, et nécessiter à son tour une nouvelle opération.

J'ai agi de même pour les cas dans lesquels il s'agit de tumeurs sarcomateuses ou cancéreuses et désignées comme telles dans les observations. Ces tumeurs, ordinairement presque entièrement solides, constituent une classe à part. Elles ont toujours été considérées comme des tumeurs malignes, sujettes à récidive.

On ne doit donc pas les confondre, au moins cliniquement, avec les kystes ou tumeurs kystiques, quels que soient les rapprochements que les travaux d'histologie moderne aient établis entre ces deux classes d'affection de l'ovaire.

Je n'ai conservé que les cas dans lesquels l'ovariotomie ayant été pratiquée pour un kyste de l'ovaire et l'opérateur étant resté bien persuadé, après l'opération, qu'il avait eu affaire à une tumeur non cancéreuse, la récidive était survenue avec tous les caractères de malignité du cancer.

J'ai pu réunir ainsi 46 cas dans lesquels, à la suite de l'ovariotomie, la mort est survenue, par le fait d'un cancer, après un intervalle de guérison apparente variant de quelques mois à plusieurs années. D'autres observations semblables ont été signalées, mais sans autre détail (Hégar et Kaltenbach, trad. franç., p. 243; Terrier, *Bull. de Soc. de Chirurgie*, etc.). Aussi je n'ai pu les faire figurer ici.

Nos.	AUTEURS. Indications bibliographiques.	AGE.	NATURE de la tumeur.	DATE de l'opération.	MORT de récidive.	NATURE ET SIÈGE de la récidive.
1	Hutchinsen, *Méd. Times*, 23 octobre 1858, et *Gaz. hebd.*, 1860, p. 692.	40 ans.	Kyste multiloculaire à parois épaisses.	30 août 1858.	Quelques mois après.	Cancer.
2	Mac Guyre, *Anc. Jour. of obst.*, vol. XV, 1882, p. 367.	25 ans.	Kyste multiloculairo.	12 janv. 1876.	13 mois après.	Cancer de l'estomac.
3	Goodell, *Anc. Jour. of obst.*, vol. XV, 1882, p. 368.	67 ans.	Multiloculaire.	28 nov. 1880.	7 semaines après.	Cancer du foie.
4	Panas, *Bull. Soc. de Ch.*, 1871, p. 111, ot 1874, p. 324	40 ans.	Kyste multiloculaire proliférant à contenu gélatineux.	4 août 1870.	5 ans après.	Cancer des deux mamelles, des ganglions des clavicules, etc.
5	Boinet, *Dict. encyclop.*, art. OVARIOTOMIE.	30 ans.	Kyste multiloculaire liquide gélatineux.	»	2 ans après.	Cancer du pédicule.
6	Bœckel, *Gaz. méd. de Strasb.*, 1880, p. 64.	52 ans.	Ablation de deux kystes multiloculaires.	7 août 1879.	3 mois après.	Sarcome généralisé aux ganglions abdominaux et au péritoine.
7	Boinet, *Traité mal. de l'ovaire*, p. 406.	30 ans.	Kystes uniloculaire avec ; une masse grosse comme un œuf.	»	18 mois après.	Cancer généralisé.
8	Homans, *Boston. Med. Jour.*, 1882, vol. CVII, p. 413.	38 ans.	Kyste de l'ovaire.	13 fév. 1879.	8 mois après.	Cancer.
9	Winckel, cité par Olshausen, in *Pitha et Billroth*, vol. IV, 1re part., p. 382.	42 ans.	Kyste proliférant.	»	3 mois après.	*Idem.*
10	Martin, *idem*.	32 ans.	Kyste ordinaire proliférant.	»	8 mois après.	Cancer du pancréas, du poumon, du rein.
11	Müller, *idem*.	35 ans.	Kyste de bonne nature.	»	»	Cancer de l'épiploon fixé dans la plaie.

Nos.	AUTEURS. Indications bibliographiques.	AGE.	NATURE de la tumeur.	DATE de l'opération.	MORT de récidive.	NATURE ET SIÈGE de la récidive.
12	Terrillon.	24 ans.	Kyste multiloculaire ordinaire ; paroi interne légèrement végétante.	4 dec. 1882.	Un an après.	Cancer des parois et des organes de l'abdomen.
13	Granville-Bantock, *Méd. Chir. Trans.*, vol. LXIV, p. 120, n° 2.	41 ans.	Kyste multiloculaire	11 juillet 1870.	Un an après.	Cancer de l'estomac.
14	*Idem*, n° 7.	18 ans.	*Idem.*	5 avril 1876.	6 mois après.	Cancer du péritoine et repli para-ovarien droit.
15	*Idem*, n° 20.	31 ans.	*Idem.*	12 avril 1877.	3 mois après	Cancer du péritoine.
16	*Idem*, n° 27.	41 ans.	*Idem.*	Nov. 1877.	2 ans après.	*Idem.*
17	*Idem*, n° 33.	48 ans.	*Idem.*	27 fév. 1878.	5 mois après.	*Idem.*
18	*Idem*, n° 52.	32 ans.	*Idem.*	23 oct. 1878.	Un an après.	Cancer malin.
19	Spencer Wells, *Méd. Chir. Trans.*, 1863, vol. XLVI, p. 47, n° 3.	33 ans.	Kyste très multicolloïde-ascite.	Nov. 1858.	10 mois après.	Cancer du péritoine.
20	*Idem*, n° 63.	37 ans.	Kyste proliférant.	Avril 1861.	3 mois après.	Cancer diffus de l'abdomen.
21	*Idem*, n° 61.	61 ans.	Kyste multiloculaire.	Avril 1861.	3 ans et demi après.	Cancer de l'abdomen.
22	*Idem*, n° 121.	45 ans.	Kyste multiloculaire volumineux.	Nov. 1864.	Un mois et demi.	Cancer de la cicatrice.
23	*Idem*, n° 127.	41 ans.	Kyste multiloculaire.	Avril 1865.	4 ans.	Cancer du rectum.
24	*Idem*, n° 151.	44 ans.	*Idem.*	Déc. 1865.	14 mois.	*Idem.*
25	*Idem*, n° 330.	36 ans.	*Idem.*	Août 1869.	19 mois.	Cancer de l'utérus.
26	*Idem*, n° 331.	30 ans.	*Idem.*	Août 1869.	4 mois.	Carcinum diffus.

Nos.	AUTEURS. Indications bibliographiqus.	AGE.	NATURE de la tumeur.	DATE de l'opération.	MORT de récidive.	NATURE ET SIÈGE de la récidive
27	Spencer Wells, *Méd. Chir. Trans.*, 1863, vol. XLVI, p. 47, n° 3.	50 ans.	Ablations des deux ovaires kystiques.	Juillet 1871	5 mois après.	Tumeur maligne du péritoine.
28	Spencer Wells, *Méd. Chir. Trans.*, vol. LX, p. 217, n° 519.	39 ans.	Kyste multiloculaire.	Octobre 1872.	Un an après.	Cancer.
29	*Idem*, n° 545.	?	*Idem.*	Avril 1873.	Un an après.	*Idem.*
30	*Idem*, n° 557.	30 ans.	Ablations des deux ovaires kystiques.	Mai 1873.	Uu an après.	*Idem.*
31	*Idem*, n° 605.	39 ans.	Kyste multiloculaire.	Janvier 1874.	8 mois après.	Cancer du pédicule.
32	*Idem*, n° 656.	40 ans.	*Idem.*	Octobre 1874.	Un an après.	Cancer.
33	*Idem*, n° 712.	57 ans.	Ablations des deux ovaires kystiques.	Juin 1875.	14 mois après.	*Idem.*
34	*Idem*, n° 764.	21 ans.	Kyste multiloculaire.	Mai 1876.	6 mois après.	*Idem.*
35	Spencer Wells, *Méd. Chir. Trans.*, 1881, vol. LXIV, p. 174, n° 802.	64 ans.	*Idem.*	Octobre 1876.	2 ans après.	Cancer du foie.
36	*Idem*, 889.	60 ans.	*Idem.*	Février 1878.	4 mois après.	Cancer.
37	*Idem*, 810.	21 ans.	*Idem.*	21 nov. 1876.	2 ans après.	Cancer du poumon.
38	*Idem*, 904.	68 ans.	*Idem.*	Juillet 1878.	2 ans après.	Cancer.
39	*Idem*, 831.	47 ans.	*Idem.*	Mars 1877.	?	*Idem.*
40	*Idem*, 977.	54 ans.	*Idem.*	Janvier 1880.	8 mois après.	Cancer de l'utérus.
41	*Idem*, 832.	33 ans.	*Idem.*	Mars 1877.	3 ans après.	Cancer.
42	*Idem*, 847.	33 ans.	»	Mai 1877.	?	*Idem.*

Nos.	AUTEURS. Indications bibliographiques.	AGE.	NATURE de la tumeur.	DATE de l'opération.	MORT de récidive.	NATURE ET SIÈGE de la récidive.
43	Péan, *Clin.*, t. 1, 1874-75, n° 38.	33 ans.	Kyste multiloculaire ; 18 litres de liquide, 2150 grammes solide ; pédicule grêle.	20 juillet 1187.	2 ans après.	Cancer abdominal.
44	*Idem*, n° 75.	46 ans.	Kyste multiloculaire ; 18 litres de liquide, 1900 grammes solide.	30 janv. 1873.	3 ans après.	*Idem.*
45	*Idem*, n° 90.	19 ans.	Ascite. Kyste multiloculaire ; 4 litres de liquide, 2750 gr. solide.	23 août 1873.	Un an après.	*Idem.*
46	Goodell, *Méd. News.*, 21 mars 1885, p. 331.	?	Tumeur volumineuse, adhérences nombreuses.	?	Après la guérison de l'opération.	Noyaux cancéreux dans la plèvre et le péritoine.
47	*Idem.*	?	Tumeur d'apparence benigne.	?	Après la guérison de l'opération.	Papillonie du moignon et de l'abdomen provenant de la cicatrice.

Ce tableau peut se résumer de la façon suivante :

Le siège de la récidive a été noté dans un assez grand nombre d'observations, mais cette notion manque dans plusieurs.

Ce qui frappe le plus, en considérant le tableau, c'est la fréquence relative de la récidive dans la paroi abdominale, le péritoine et le pédicule. Il semble qu'il y ait là une prédilection dans le voisinage immédiat de la tumeur primitive.

Dans d'autres cas, ce sont les organes plus ou moins éloignés qui deviennent le siège de cancers variés : utérus, estomac, plèvre, ganglions, etc., etc.

Nous aurons, du reste, à nous expliquer sur ces différents sièges de la reproduction cancéreuse : ses régions le plus souvent indiquées comme siège du cancer récidivé sont :

Paroi abdominale et cicatrice............	4
Abdomen ou péritoine....................	15
Pédicule..............................	2

Organes divers..	10
Cancer vaguement indiqué ou diffus.......	14

Un des renseignements les plus précis que fournit ce relevé est relatif à l'espace de temps qui s'est écoulé depuis l'opération jusqu'à l'époque de la mort.

La survie a varié dans des limites assez restreintes, puisqu'elle n'a guère dépassé deux ans, dans le plus grand nombre des cas, ainsi que le prouve le résumé suivant :

Survie après l'opération.

Moins de six mois.......	11
Moins d'un an.........................	4
D'un an à deux ans..............	20
Au-dessus de deux ans..................	6

La survie la plus longue a été de cinq ans.

Sous ce rapport, la récidive semble se produire ici dans des conditions assez semblables à celles qu'on remarque dans les tumeurs cancéreuses en général.

Mais il ne faut pas oublier que la plupart des opérées n'ont pas été suivies au delà de quelques années, et que quelques-unes ont pu succomber par le fait d'une récidive cancéreuse, sans que le chirurgien qui l'avait opérée en ait eu connaissance.

L'âge des malades a varié dans les limites suivantes :

Avant trente ans........................	5
De trente à quarante ans.................	15
De quarante à soixante ans...............	13
De cinquante à soixante ans et au-dessus...	10

C'est donc dans l'âge moyen de la vie qu'on trouve le plus souvent notée la récidive cancéreuse à la suite de l'ovariotomie. Cela n'a rien d'étonnant, puisque c'est à cette même période de la vie que les femmes subissent le plus ordinairement cette opération.

Mais il est important d'insister sur ce détail, car les vraies tumeurs cancéreuses de l'ovaire, les sarcomes, sont, d'après l'avis de la plupart des auteurs, plus fréquents dans le jeune âge (avant 25 ans).

Les renseignements fournis sur la nature exacte des kystes enlevés, sur la nature de la récidive, sont malheureusement incomplets. La désignation la plus ordinaire en est simplement : kyste ovarique et cancer secondaire.

Dans quelques cas cependant, les observations donnent des indi-

cations plus nettes. Ainsi je trouve : onze kystes multiloculaires (11), quatre kystes proliférants (4), et deux tumeurs mixtes ou cysto-sarcomes.

Cependant, il est bien d'ajouter que, dans les faits que j'ai relevés, il s'agissait toujours de kystes plus ou moins compliqués, mais avec une désignation bien nette.

Ce qui fait supposer que, dans ces statistiques, il ne peut y avoir d'erreur sur ce point, c'est que ceux qui les ont publiées ont eu bien soin de noter exactement la nature cancéreuse ou sarcomateuse des tumeurs quand elles leur semblaient appartenir à cette variété.

Cette remarque était nécessaire pour montrer que, quelle que fût la variété, il s'agissait bien de kystes ovariques et non pas de tumeurs franchement et manifestement cancéreuses.

J'ai essayé de me rendre compte, en compulsant les différentes tumeurs ovariques, quelle pouvait être la proportion des cas de morts par cancer, avec le nombre total des ovariotomies dont le résultat a été publié. Mais j'ai dû y renoncer, car la plus grande quantité de malades n'a pas été suivie assez longtemps.

La plupart des observations sont publiées six mois, un an au plus après l'opération. Dans ces conditions, un certain nombre d'entre elles ont pu mourir de cancer ou autres affections sans que cette terminaison soit signalée dans les statistiques.

Causes de la récidive.

On doit se demander maintenant comment peut s'expliquer cette récidive succédant à l'ablation d'une tumeur qui est ordinairement considérée comme étant de nature bénigne.

Nous pourrons voir également si tous les kystes de l'ovaire répondent à la même structure anatomique, ou si au contraire cette structure varie dans certaines limites et si quelques variétés prédisposent particulièrement à la reproduction de la tumeur primitive.

Les connaissances que nous possédons actuellement sur la structure histologique des kystes de l'ovaire vont nous servir dans cette étude et nous permettre de nous rendre compte de la malignité réelle mais heureusement très rare de quelques-uns de ces kystes.

Si nous recherchons dans un travail récent de MM. Malassez et de Sinéty publié dans les *Archives de physiologie*, nous trouvons une théorie de l'évolution et de la structure des kystes ovariques, d'après laquelle ces tumeurs doivent rentrer dans la grande classe des *tumeurs épithéliales* : « D'après cette manière de voir, disent ces auteurs, les kystes ovariques ne présenteraient donc rien de

spécial, au fond, et ne seraient qu'un des modes particuliers de néoformation épithéliale, mode commun à toutes les muqueuses en général, et dans lequel le siège de la néoformation se rapproche extrêmement d'une muqueuse : de là le nom d'*épithélioma mucoïde ou kystique* proposé par l'un de nous. »

Ils sont donc très affirmatifs sur l'origine épithéliale des kystes ovariques, et pour eux leur structure est identique à celle d'un grand nombre de tumeurs malignes.

Non seulement ils admettent que certains kystes ovariques mélangés de parties solides peuvent présenter des particularités qui les avaient déjà fait considérer comme ayant un caractère douteux, mais ils généralisent cette proposition à tous les kystes ovariques, quelle que soit leur apparence.

En effet, après avoir établi une distinction entre les *kystes proprement dits* dans lesquels existent une poche principale ou plusieurs poches, mais avec une faible quantité de stroma organisée, et les *tumeurs kystiques* dans lesquelles les kystes sont moins importants, mais où les parties solides prédominent, ils concluent à l'identité presque absolue de ces deux sortes de production pathologique.

Les différences qui les séparent sont souvent peu sensibles d'une variété à l'autre et elles peuvent s'expliquer facilement par de légères modifications dans le processus de formation. « On conçoit facilement, disent-ils, que le stroma des kystes proprement dits, prenne un développement plus considérable, et que le tissu conjonctif adulte qui le compose soit le point de départ de néoformations plus embryonnaires : sarcomateuses ou carcinomateuses (p. 267).

Pour MM. Malassez et de Sinéty, il n'y a donc pas à hésiter : tout kyste de l'ovaire, quelle que soit la complication de sa structure, présente toujours des caractères d'une tumeur épithéliale. Il peut même, par simple déviation des éléments qui servent à son développement, présenter par places les apparences du sarcome ou du carcinome.

Mais il est une variété de kystes sur laquelle ils appellent spécialement l'attention, comme étant par leur structure plus voisins des tumeurs malignes. Ils en donnent comme signe distinctif la fréquence des végétations en forme de papillome qui se développent à leur surface ou apparaissent sur le péritoine voisin. Ces petites tumeurs de voisinage peuvent siéger sur la surface péritonéale de l'utérus, des ligaments larges, du rectum, de l'épiploon, et on peut en rencontrer jusque dans la plèvre.

La structure histologique de ces tumeurs secondaires est identique à celle des végétations qui occupent la surface interne des poches kystiques.

Ils attachent du reste une telle importance à cette propagation dans le voisinage que, lorsque ces tumeurs secondaires ont le caractère épithélial sarcomateux ou carcinomateux, ils donnent à l'ensemble de la maladie un caractère particulièrement inquiétant. MM. Malassez et de Sinéty ajoutent :

« Il y a donc lieu de se méfier grandement des kystes de l'ovaire et des tumeurs kystiques dans lesquelles on trouve des néoformations carcinoïdes ou calloïdes, puisque ce sont ces tumeurs qui exposent le plus aux généralisations graves. Celles qui ne présentent que des productions adénoïdes semblent moins dangereuses. Quant aux kystes et tumeurs kystiques qui ne présentent aucune de ces néoformations, elles paraissent incapables de se généraliser et ne nuisent que par le développement qu'elles prennent par elles-mêmes (p. 892). »

L'opinion émise par MM. de Sinéty et Malassez sur la structure des kystes ovariques a été également défendue par Hugo Coblentz (de Halle), qui a développé les mêmes idées dans un article paru dans les *Archives de Virchow*, t. 82, p. 268 à 316, 1880, sous le titre : *Anatomie pathologique et histogenèse des papillomes de l'ovaire.*

Voici un résumé des principales conclusions de ce travail :

« Les kystes papillaires, dits proliférants, ont un caractère malin et sont d'un pronostic défavorable.

« Les papillomes qui se développent à la surface comme ceux qui prennent naissance et évoluent dans les kystes sont identiques aux papillomes muqueux vrais. Ils traversent facilement la paroi du kyste.

« Enfin ceux qui bourgeonnent librement dans l'espace parovarique prédisposent à la transplantation et à la récidive, à la transformation en la forme polypeuse de l'adénome cylindrique cellulaire, au développement carcinomateux.

« Ces productions déterminent facilement l'ascite par secrétion d'un liquide ressemblant à celui du kyste.

« Quelquefois on trouve des tumeurs mixtes compliquées. »

Après avoir vu par cet exposé que tous les kystes ovariques les plus simples en apparence, comme les plus compliqués, peuvent par leur structure être considérés comme susceptibles d'une certaine malignité, on peut se demander pourquoi la récidive n'est pas plus fréquente après leur extirpation. Cette immunité relative nous échappe, mais cependant on peut faire à ce sujet quelques hypothèses rationnelles.

Il est certain que le pédicule étroit et mince qui sépare la tumeur kystique des autres organes doit être un obstacle à la propagation des éléments dangereux. Le kyste semble vivre d'une vie propre indépendante. Il n'est relié aux autres régions que par des liens vasculaires relativement minimes pour sa masse, et qui ne semblent pas augmenter proportionnellement à son développement. Les lymphatiques sont assez rares dans son pédicule.

Il existe donc un véritable isolement, qui doit avoir pour la propagation de la maladie et pour sa récidive ultérieure une grande importance. En effet, il paraît probable que dans la plupart des cas, la tumeur étant enlevée, il ne reste rien dans le pédicule. Les ganglions eux-mêmes sont intacts, puisque la récidive ultérieure est rarement restée dans ces organes. Telle est, à n'en pas douter, la cause principale de la bénignité relative de la tumeur épithéliale.

Enfin, on peut ajouter que beaucoup de ces kystes ne présentent pas encore, pendant une période assez longue de leur existence, des parties transformées en éléments sarcomateux et carcinomateux, de nature plus grave que la tumeur primitive. Pendant cette période, leur innocuité est plus grande et peut être absolue, surtout si on les enlève.

Mécanisme de la récidive.

Nous avons vu, d'après le relevé des observations, que la formation d'une tumeur cancéreuse secondaire, succédant à l'ablation d'un kyste ovarique, pouvait se rencontrer dans des circonstances bien différentes. On peut diviser ces circonstances en deux classes :

Dans la première, se trouveront les cas dans lesquels la récidive a eu lieu, soit au niveau du pédicule, soit dans la cicatrice de la paroi abdominale voisine, soit dans le péritoine; en un mot dans une zone très voisine du kyste enlevé ;

Dans la seconde, on pourra mettre ceux dans lesquels une affection cancéreuse d'un organe plus ou moins éloigné, estomac, rectum, col de l'utérus, ganglions, s'est développé peu de temps après l'ablation du kyste et peut être considérée comme une récidive à distance.

Cette division est importante, car elle permet de montrer que dans la première classe il s'agit bien d'une récidive réelle, analogue à celle des autres tumeurs cancéreuses.

Dans la seconde, au contraire, on a plutôt la notion d'une coïncidence, d'une prédisposition spéciale de la femme à faire du cancer dans différents points, que d'un rapport anatomique entre deux maladies éloignées.

Lorsque la récidive a lieu dans la zone voisine du kyste, les explications peuvent être facilement trouvées.

Il est certain que lorsque le péritoine voisin du kyste est couvert de végétations, on peut s'attendre à voir ces productions secondaires se développer et donnor lieu à un véritable cancer du péritoine, quel que soit le petit volume de ces végétations. Ce développement ultérieur ne doit donc pas vous étonner, sans pour cela être absolument fatal, car on connaît des cas dans lesquels, malgré leur présenco bien constatée, ces petites végétations ne paraissent pas s'être développées d'une façon inquiétante.

La plupart des ovariotomistes prennent soin de les détruire et même de cautériser leur pédicule, dans le but d'éviter un développement ultérieur.

Lorsque ces productions secondaires, véritables semis épithéliaux n'existent pas, si la récidive se produit au bout de quelque temps dans la cicatrice abdominale, le péritoine, etc..., on pourrait admettre qu'il s'agit là d'une véritable greffe et que certains éléments de la tumour détachés de sa surface aient pu se fixer dans quelque point du voisinage et s'y développer ultérieurement.

Cette opinion est défendue par Olshaunen dans l'article signalé plus haut; elle n'a rien d'invraisemblable. Nous savons en effet que plusieurs exemples de greffes cancéreuses, accidentellement pratiquées, se sont développées chez l'individu porteur d'un cancor primitif.

M. Nicaise, dans un travail paru dans la *Revue de chirurgie* (*De la greffe cancéreuse,* 1883), a montré plusieurs exemples de ces faits.

Un de ces cas qui lui est personnel nous apprend qu'à la suite d'une ponction dans un kyste de l'ovaire, il se fit un noyau de généralisation par greffe dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Quelques cellulcs avaient été entraînées par le trocart et s'étaient arrêtées dans la paroi abdominale, où elles avaient pullulé.

Le même fait s'est produit chez une des vicilles malades de la Salpêtrière, qui se trouve actuellement dans mon service. A la suite de plusieurs ponctions, des nodosités cancéreuses se développèrent au niveau des cicatrices des piqûres produites par le trocart. On peut supposer que celui-ci a entraîné quelques parcelles de la tumeur dans la paroi abdominale où elles se sont développées de façon à constituer une tumeur secondaire.

Rien n'empêche d'invoquer une cause semblable pour les récidives qui se produisent si fréquemment dans la cicatrice abdominale. La seule objection qu'on pourrait faire à cette hypothèse

est tirée du temps assez long qui s'écoule depuis l'opération jusqu'au moment de la récidive. On pourrait y répondre par ce fait que le développement très lent de la tumeur secondaire au début peut passer inaperçu dans une cicatrice profonde et épaisse.

Malgré le côté curieux de cette explication et les raisons qui peuvent l'appuyer, il est inutile d'y insister longuement, car il est difficile de l'étayer sur des preuves bien certaines.

Quant à la récidive dans le pédicule, elle n'a rien qui doive nous étonner si on a laissé dans ce dernier quelques débris de kystes ou quelques prolongements épithéliaux infiltrés dans son épaisseur. C'est là un fait qui n'a rien d'extraordinaire, car ces éléments peuvent s'infiltrer dans les espaces celluleux, le long des vaisseaux et surtout des lymphatiques jusqu'à une grande distance.

Dans la seconde catégorie, c'est-à-dire lorsqu'il survient un cancer dans un organe plus ou moins éloigné, la solution du problème est beaucoup plus délicate. Il est difficile en effet de voir dans le développement d'un épithélioma du col de l'utérus ou d'un cancer de l'estomac, à la suite de l'ablation d'un kyste ovarique plus ou moins compliqué, autre chose qu'une simple coïncidence. Ces organes n'ont, en effet, avec celui qui a été primitivement atteint, aucune connexion immédiate, souvent ils sont situés à une distance éloignée. Il faudrait supposer un transport des éléments par des voies détournées. Or, nous ne connaissons pas ces voies spéciales, à moins d'incriminer la circulation générale.

Nous nous trouvons ainsi en présence de cas assez semblables à ceux qu'on rencontre souvent, tels que : le cancer de la colonne vertébrale succédant au cancer du sein; le cancer du poumon arrivant dans le cours du développement ou après l'ablation d'un ostéo-sarcome du fémur, ou autres cas semblables de généralisation de tumeurs malignes à des distances considérables.

Il est donc probable que dans les cas qui nous occupent, c'est-à-dire lorsque apparaît dans un organe éloigné une tumeur cancéreuse chez une femme qui a subi l'ovariotomie, il s'agit d'une infection générale de l'économie.

Quant à savoir si les tumeurs secondaires sont semblables à la tumeur primitive de l'ovaire, cela n'est guère possible, car nous savons que dans cette dernière on peut rencontrer des parties présentant les éléments les plus variés, ce qui rend difficile la détermination exacte de sa nature.

D'après les idées exprimées par M. le professeur Verneuil, dans ses communications au Congrès de Copenhague, il s'agirait donc là d'une de ces prédispositions spéciales à certaines constitutions, pour le développement de plusieurs néoplasmes, sur dif-

férents points du corps. La nature de ces néoplasmes pouvait être absolument différents.

Je n'ai pas l'intention de discuter plus longuement ces questions, malgré le grand intérêt qu'elles présentent.

Mon but principal était d'attirer l'attention sur ces faits curieux. Plus tard, des matériaux plus nombreux, recueillis à dessein, basés sur des examens plus précis, permettront de donner des conclusions plus nettes. Ces matériaux permettront aussi de montrer quelles sont exactement les variétés de kystes ovariques qui doivent faire craindre le plus la récidive ou la dégénérescence cancéreuse généralisée. Les faits observés jusqu'à présent ne permettent pas de se prononcer d'une manière catégorique sur ce sujet.

Conclusions.

1° On voit quelquefois, à la suite de l'ablation d'un kyste ovarique multiloculaire, après une période plus ou moins longue de guérison apparente, se développer une affection cancéreuse qui entraîne la mort par généralisation ou par action locale.

2° Cette production se montre dans deux circonstances assez distinctes.

Tantôt elle apparaît dans le voisinage de la zone d'opération : pédicule, péritoine, cicatrice abdominale.

Tantôt le cancer se développe dans un organe éloigné : estomac, rectum, col utérin, os et ganglions.

3° Dans le premier cas, on peut admettre qu'il s'agit d'une récidive locale, due à des végétations de la tumeur transplantée sur le péritoine, ou à la greffe de quelques éléments cancéreux.

Dans le second cas, il est difficile de trouver un rapport évident entre les deux affections.

4° La récidive est facilement expliquée par la nature même des kystes. Il semble admis actuellement que les kystes proprement dits de l'ovaire ont une texture qui doit les faire considérer comme des épithéliomas susceptibles de se transformer en sarcomes, en carcinomes, etc... L'isolement du kyste, qui n'est relié aux parties voisines que par un mince pédicule, expliquerait l'absence ordinaire de récidive après l'ablation.

Certaines variétés de kystes, à parois sarcomateuses ou végétantes, semblent prédisposer plus spécialement à la récidive ;

5° Il est impossible d'établir actuellement la proportion des malades qui présentent ces tumeurs secondaires après l'ovariotomie ; elle ne doit pas dépasser 2 ou 3 0/0. La durée moyenne de la vie, dans ce cas, ne dépasse pas un an ou deux.

Il semble que la récidive soit plus fréquente chez les opérées de quarante à cinquante ans.

Discussion.

M. Nicaise. J'ai opéré, il y a quelques années, une malade de 50 ans, qui pourrait rentrer dans la catégorie de celles auxquelles M. Terrillon vient de faire allusion.

Cette femme avait un kyste multiloculaire de l'ovaire; l'ablation de cette tumeur fut relativement simple et la malade guérit. Six semaines après l'opération cette femme se sentit malade, et je pus percevoir au niveau de son ombilic une tuméfaction diffuse qui augmenta rapidement de volume. L'état général devint mauvais, la tumeur devint lobulée et finalement la malade succomba dans la cachexie en généralisation dans les ganglions prévertébraux. J'ai pensé, l'autopsie n'ayant pu être faite, qu'il s'agissait d'un cancer de l'abdomen développé à la suite de l'opération.

La tumeur que j'avais élevée présentait au niveau d'une des poches kystiques une tumeur végétante qui, à l'examen au microscope, ne nous avait paru présenter cependant aucun des caractères du cancer.

Peut-être qu'il s'est agi là d'une de ces tumeurs papillaires, végétantes, auxquelles M. Terrillon vient faire allusion, et qui, susceptibles de se greffer sur le péritoine, sont de ce chef particulièrement graves.

M. Lucas-Championnière. Les histologistes rangent les kystes de l'ovaire parmi les épithéliomas, ce qui semblerait indiquer que ces tumeurs ont une grande tendance à la récidive, et cependant cette récidive est des plus rares, ce qui est une nouvelle preuve que dans nombre de cas il ne faut pas confondre les données de l'histologie avec celles de la clinique.

La récidive est cependant possible avec certains kystes de l'ovaire, que l'on peut de ce fait ranger parmi les cancers.

Ce sont les kystes qui végètent au dehors de la poche au lieu de végéter dans son intérieur.

Les kystes de cette nature ont pour caractère essentiel de se développer rapidement, de retentir très vite sur la santé générale, de déterminer de l'ascite; enfin, signe d'une grande importance, de semblables tumeurs ont une action spéciale sur les reins, et les urines demeurent extrêmement rares. Elles peuvent même disparaître complètement après l'opération.

Il y a deux ordres de lésions différentes dans les tumeurs présentant des éléments épithéliaux en apparence identiques, les

unes bénignes, les autres malignes, et je crois qu'il y aurait intérêt à s'attacher à l'examen des urines. Certaines malades portant des tumeurs végétantes de l'ovaire avec ascite urinent très peu, 200 à 250 grammes par jour. Quand elles ont subi l'opération, elles n'urinent plus du tout et la récidive est prompte.

M. Gillette. Je rappellerai tout d'abord que les cas auxquels vient de faire allusion M. Terrillon ont été signalés pour la première fois par M. Panas.

En ce qui concerne la nature des kystes de l'ovaire, je crois qu'il y a exagération à les considérer tous comme épithéliomas, puisque si c'étaient des épithéliomas la récidive serait la règle au lieu d'être l'exception. Quelques kystes de l'ovaire cependant, il faut bien que nous le sachions, sont de véritables cancers, et c'est à ce titre qu'ils récidivent rapidement après l'opération.

A côté de ces cancers, il est d'autres tumeurs, plus graves que les kystes ordinaires, mais moins graves que les cancers proprement dits, ce sont les tumeurs papillomateuses dont il a été question dans le travail de M. Terrillon. Ces tumeurs papillomateuses, récidivent comme les cancers, mais leur marche est extrêmement lente. Une malade dont j'ai déjà entretenu la Société, que j'ai opérée en 1877, et qui vit encore, est dans ce cas.

M. Verneuil. Je ferai à M. Terrillon une objection toute de langage, au sujet de son intéressante communication. A la suite des kystes de l'ovaire, nous dit-il, il est possible d'observer une récidive cancéreuse ; or, l'association de ces deux mots kystes ovariques et cancer me paraît difficile à admettre, le mot cancer devant être réservé à certaine forme de néoplasmes qui n'ont aucune analogie avec les kystes.

Ceci posé, je crois avec M. Championnière que si certains kystes ovariques récidivent, alors que d'autres ne récidivent pas, c'est que la structure de ces tumeurs n'est pas la même. Il n'y a rien d'étonnant à cela, et pareille différence se rencontre dans d'autres organes que l'ovaire. Il me suffira de vous rappeler les kystes de la mamelle décrits par M. Reclus, si différents des kystes de la mamelle décrits par M. Pajot. La gravité est donc différente suivant la déviation du type anatomique, et ceci nous a été démontré par les recherches de l'École française d'il y a vingt ou vingt-cinq ans : il y a bénignité quand les éléments s'éloignent peu de la structure normale, et au mot d'épithélioma ne doit pas se rattacher inévitablement l'épithète de gravité. Quoi qu'il en soit, s'il est vrai de dire que tous les kystes ovariques contiennent des productions épidermiques, on ne saurait comparer ceux de ces kystes qui sont tapissés par une mince lamelle épithéliale avec ceux que recouvre une couche

épithéliale de 4 à 5 centimètres d'épaisseur. Pour le clinicien, ces derniers seuls sont des épithéliomas, capables de récidiver à la manière des cancers.

En ce qui concerne le mode d'envahissement de cette variété de tumeur, je crois qu'il y a lieu de faire jouer un rôle considérable aux veines énormes qui, d'habitude, entourent les kystes ovariques. Les végétations épithéliales pénètrent dans ces veines et sont cause de la généralisation de la tumeur qui se fait alors par l'intermédiaire du système veineux.

M. Monod. Pour les histologiques qui étudient les tumeurs en naturalistes, et non pas en cliniciens, l'expression d'épithélioma n'est nullement synonyme de tumeur maligne ; elle signifie simplement des tumeurs d'orgine épithéliale. C'est en partant de ce principe que M. Malassez, après avoir constaté que certaines tumeurs de l'ovaire commençaient par des nids épithéliaux, a cru devoir désigner ces tumeurs sous le nom d'épithélioma, malgré leur transformation ultérieure en kystes.

Quant à la récidive de certaines de ces tumeurs, alors que d'autres ne récidivent jamais, elle ne peut s'expliquer que par une différence dans la disposition anatomique des éléments de la tumeur.

M. Terrier. J'ai opéré une tumeur ovarique, simple d'apparence, qui paraît se comporter de la même manière que les tumeurs récidivantes signalées par M. Terrillon. Je dois dire que cette tumeur avait été examinée par M. Malassez, qui l'avait classée parmi les tumeurs épithéliales, entre les kystes ovariques ordinaires et les tumeurs polykystiques du testicule, et que le résultat de son examen lui avait permis de craindre la récidive chez cette malade.

Je pourrais citer un second fait semblable au précédent.

De ces deux faits, il semble résulter que l'on peut observer à l'ovaire, à côté des épithéliomas myxoïdes de Malassez, qui sont des tumeurs bénignes, d'autres tumeurs également épithéliales, mais d'une nature particulière qui permet de les ranger parmi les tumeurs malignes.

Sur 114 ovariotomies que j'ai pratiquées, je n'ai pas eu de récidive, et beaucoup de ces opérations datent de 5 à 10 ans, par conséquent j'estime que le fait est rare.

Les productions papilliformes dont il a été question dans cette discussion semblent prédisposer à la récidive, mais celle-ci n'est pas fatale. J'ai opéré des malades chez lesquelles ces productions s'étaient greffées sur le rectum, le ligament large, et qui ont été très bien guéries.

La récidive au niveau de la paroi abdominale se produit surtout lorsqu'on laisse le pédicule à l'extérieur.

M. Nicaise. J'ai opéré il y a quatre ans une malade atteinte de tumeurs papillaires des ovaires, avec greffes au voisinage. L'opération fut laborieuse, mais la malade guérit, et depuis lors il n'y a eu aucune trace de récidive.

M. Terrillon. Je ferai observer que des tumeurs simplement épithéliomateuses à leur origine peuvent, par transformation et dégénérescence, devenir des masses sarcomateuses et même carcinomateuses : de sorte que dans ces cas les deux espèces de tumeurs se confondent : c'est une considération dont, selon moi, on doit tenir grand compte.

Rapport.

M. Tillaux donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Auffret, médecin en chef de la marine et professeur de médecine opératoire à Brest, travail intitulé :

Mémoire sur les occlusions intestinales.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un mémoire sur les occlusions intestinales lu dernièrement devant vous par M. le professeur Auffret, médecin en chef de la marine à Brest.

Le travail de M. Auffret offre une étendue considérable et repose sur une série de cas d'occlusion que l'auteur a eu occasion d'observer lui-même pour la plupart.

Il est divisé en quatre parties :

Dans une première partie, M. Auffret relate 12 observations d'occlusion intestinale.

Une seconde partie est destinée à l'étude des symptômes de l'occlusion en général.

Dans une troisième, il fait les efforts les plus louables pour arriver au diagnostic de chaque cas d'occlusion en particulier.

Enfin la quatrième partie est consacrée au traitement.

Ce sujet ayant déjà longuement occupé la société dans les séances précédentes, je me contenterai de vous signaler rapidement les parties les plus saillantes de cet important travail.

Des 12 observations de l'auteur, 8 lui sont personnelles, et 4 lui ont été fournies par des confrères. En voici un court résumé :

Observation I. — La première observation est l'autopsie d'un jeune soldat qui, le 14 avril 1878, fut pris à 7 heures du soir des symptômes d'une occlusion intestinale suraiguë. On le trouva mort

dans son lit à 5 heures du matin. A l'autopsie, M. Auffret reconnut l'existence d'un diverticule étendu de l'intestin grêle à l'ombilic, faisant l'effet d'une corde, sur laquelle l'intestin grêle replié comme un linge au sec, suivant l'heureuse expression de l'auteur, s'était étranglé par son propre poids. Ce cas était évidemment bien favorable à la laparotomie, et il est regrettable qu'on n'ait pu la pratiquer.

Obs. II. — La deuxième observation est relative à une jeune fille, âgée de 14 ans, qui fut prise d'obstruction intestinale par suite de l'ingestion immodérée de grains de groseille et de cassis non mâchés. M. Auffret met en tête de son observation : *Entérotomie. — Mort.* Mais il y a une confusion de sa part, car, dans l'observation, il raconte qu'ayant fait une incision au niveau du cœcum, point d'arrêt habituel de ces corps étrangers, il trouva une péritonite suppurée et s'arrêta, sans poursuivre plus loin l'opération, vu la faiblesse extrême de la malade, qui succomba rapidement. Il n'a donc pratiqué qu'une incision exploratrice dans ce cas-là.

Obs. III. — La troisième observation est très intéressante ; je puis dire même la plus intéressante. Il s'agit d'un homme de 30 ans, atteint depuis plusieurs années de troubles digestifs, et qui finit par présenter les phénomènes d'occlusion intestinale que M Auffret attribua à un rétrécissement de l'intestin grèle. L'entérotomie fut pratiquée dans la fosse iliaque droite par le procédé de Nélaton, et le malade guérit. Actuellement il s'écoule des matières fécales, et par l'anus artificiel, et par l'anus normal. Le malade est très satisfait de son état. C'est un beau succès à enregistrer en faveur de l'entérotomie.

Obs. IV. — M. Auffret opère une femme de 60 ans, au cinquième jour, d'une hernie crurale gauche étranglée. Le résultat immédiat fut satisfaisant. Mais trois jours après l'opération, les accidents reparaissent aussi intenses qu'auparavant et sont dus à l'arrêt des matières fécales endurcies dans l'hypochondre droit. La malade, réduite à toute extrémité, refuse toute intervention nouvelle et exige qu'on la reporte chez elle. Heureuse inspiration, car, à peine arrivée, une abondante selle se produit et amène la guérison.

Obs. V. — C'est un homme de 29 ans, atteint de phénomènes d'occlusion incomplète, que M. Auffret attribue à un rétrécissement et qui cèdent à l'emploi des purgatifs et des douches rectales.

Obs. VI. — Elle est intitulée : *Occlusion temporaire de l'intestin. — Compression par une tumeur de voisinage. — Guérison.*

L'existence de la tumeur ne me paraît pas très démontrée, car tous les accidents, y compris la tumeur, disparaissent vite avec quelques purgatifs.

Obs. VII. — Cette observation appartient à des faits d'un autre ordre. Il s'agit, en effet, d'une femme atteinte d'un cancer du rectum, pour

lequel on pratiqua un anus lombaire et qui succomba six jours après aux suites de la cachexie cancéreuse. Je m'associe aux regrets de M. Auffret que l'opération ait été aussi tardive.

OBS. VIII. — Il s'agit d'une demoiselle dont l'auteur ne donne pas l'âge, rachitique, paralysie des membres inférieurs depuis son enfance et sujette à une constipation opiniâtre. A la suite d'un violent effort de défécation, il se produisit par l'anus une procidence du gros intestin, d'une longueur de $0^m,90$. Ne pouvant pas réussir à réduire, M. Auffret pratiqua l'excision de cette tumeur, mais la malade succomba dans la nuit.

Les quatre dernières observations ont été communiquées à M. Auffret par des confrères. Ce sont quatre cas d'occlusion intestinale par obstruction guéris, trois par la faradisation, un par les injections forcées.

La seconde partie du travail de M. Auffret est un chapitre de pathologie bien fait, très complet, sur les symptômes de l'occlusion en général; je ne crois pas devoir m'y arrêter.

L'auteur commence ainsi la troisième partie de son consciencieux travail : « Nous allons résumer, aussi brièvement que possible, les signes qui caractérisent chaque cas d'occlusion et qui permettent d'en déterminer la nature. » C'est là une entrée en matière bien faite pour nous séduire, car je crois que nous sommes tous très embarrassés quand il s'agit de déterminer à l'avance la nature de l'occlusion, et c'est cependant là qu'il faudrait arriver pour établir une thérapeutique rationnelle. Eh bien ! je n'ai pas trouvé dans le mémoire dont j'essaye de vous rendre compte de renseignements bien nouveaux sous ce rapport. J'y vois que dans l'étranglement proprement dit (par brides, volvulus, orifices anormaux) les accidents sont d'une rapidité foudroyante, et que la température s'abaisse rapidement, tandis que dans les occlusions par rétrécissement, invagination ou obstruction, les accidents se montrent avec une moindre intensité, etc.; et l'auteur, en matière de conclusion, ajoute à la fin de son chapitre : « Malgré l'étude de tous ces signes bien observés, on peut rester dans l'indécision et se tromper. » C'est en effet là où nous en sommes pour le moment, en fait de diagnostic des occlusions intestinales.

J'arrive au traitement. Je suis, sous ce rapport, en parfaite communion d'idées avec M. Auffret. « Nous nous refusons, dit-il, à établir un parallèle entre la laparotomie et l'entérotomie, vu qu'elles répondent à des indications différentes. » Ces paroles sont, à mon sens, très sages. Autant en effet la laparotomie convient à un étranglement aigu, autant l'entérotomie est indiquée pour un rétrécissement organique de l'intestin.

Il ne faut pas oublier, messieurs, que lorsque Nélaton recommanda l'entérotomie dans l'occlusion intestinale, la chirurgie de l'abdomen était loin d'être ce qu'elle est aujourd'hui. Soyez bien persuadés que si Nélaton vivait encore, il ferait comme la plupart d'entre nous : au lieu de fendre simplement l'intestin au-dessus de l'obstacle pour parer aux accidents d'occlusion, il ouvrirait le ventre pour en rechercher la cause et la supprimer s'il croyait qu'elle fût de nature à être supprimée.

La laparotomie est certainement la méthode de choix, la méthode rationnelle dans l'occlusion intestinale, mais il est des cas où l'entérotomie constitue une précieuse ressource, par exemple dans les occlusions à marche lente, lorsqu'on intervient tardivement pour une raison quelconque, lorsqu'il existe des signes évidents de péritonite. N'oublions pas que la laparotomie est une opération beaucoup plus compliquée dans son ensemble que l'entérotomie. Pratiquée en suivant les règles posées par Nélaton, cette dernière est d'une extrême simplicité. Un médecin peut la faire tout seul, sans aide, n'ayant d'autres instruments que sa trousse, et il est assuré de toujours obtenir le résultat immédiat qu'il cherche, c'est-à-dire l'issue des matières fécales accumulées et le soulagement du patient. En tant qu'opération, l'entérotomie ne saurait aggraver l'état du malade, et elle peut amener la guérison ; exemple, l'observation III du mémoire de M. Auffret. J'ai conservé pendant trois ans une malade à laquelle j'avais pratiqué l'entérotomie, à Saint-Antoine, pour un cancer du gros intestin. C'est donc une opération qu'il convient de conserver dans la pratique chirurgicale.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à M. le professeur Auffret pour son important travail, et de déposer honorablement son mémoire dans nos archives.

Les conclusions du rapport de M. Tillaux sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, lit un travail ayant pour titre : *De la rectorraphie postérieure comme opération complémentaire de la rectotomie externe* (M. Bouilly, rapporteur).

Présentation de pièce pathologique.

M. Monod présente un *fibrome utérin* enlevé par l'hystérotomie sus-vaginale.

C'est une *tumeur fibreuse volumineuse*, pesant plus de 2 kilogrammes, qu'il a enlevée il y a huit jours par la voie abdominale, sur une femme de 47 ans.

La tumeur s'était développée dans les parois mêmes de l'utérus. Celui-ci a dû être enlevé dans son entier (hystérotomie sus-vaginale).

M. Monod attire l'attention sur certains points du manuel opératoire. Une incision suffisamment longue ayant été faite à là paroi abdominale, il a été facile d'amener la tumeur en dehors. Elle avait deux pédicules latéraux (trompes et ovaires) et un pédicule médian (utérin).

Sur les deux premiers ont été jetées deux ligatures en fil de soie. Ils ont été abandonnés dans le ventre. Ces ligatures ont été posées au delà des ovaires, de façon à enlever ceux-ci avec la tumeur.

Sur le pédicule médian utérin a été appliquée une ligature élastique, fixée au moyen d'un petit appareil inventé par M. Terrillon.

Ce pédicule utérin a été traité exactement suivant les préceptes d'Hégar[1]. Des fils de catgut, comprenant à la fois le péritoine pariétal et celui du pédicule, ont été fixés sur les parties postérieures et antérieures du pédicule, de façon à former autour de ce dernier une sorte de collerette et de gouttière circulaire complètement isolée de la cavité péritonéale. Pour assurer cet isolement, quatre fils ne comprenant que le péritoine sont encore appliqués au-dessus du pédicule, en allant vers l'ombilic. A partir de ce point, la plaie de la paroi abdominale est fermée à l'ordinaire.

Le pédicule est en outre maintenu dans la plaie par une broche, passant au-dessus de la ligature élastique.

Le volume du pédicule est alors diminué avec les ciseaux.

La surface de section est touchée avec une solution de chlorure de zinc, parties égales. Une boulette trempée dans la même solution est maintenue à demeure de la cavité utérine qui apparaît sur la coupe.

La gouttière circulaire est touchée avec une solution de chlorure de zinc à 1/10.

Enfin, des boulettes de ouate trempées dans une solution de chlorure de zinc à 1/100 sont laissées à demeure dans la gouttière.

Par-dessus et sur la plaie abdominale, pansement à la gaze phéniquée.

Les jours suivants, ce dernier pansement n'a pas été touché,

[1] Hégar et Kaltenbach, *Traité de gynécologie opératoire* (trad. franç. par le Dr Bar, Paris, 1885, p. 368).

mais tous les jours on renouvelait celui de la gouttière en soulevant le bord inférieur du bandage.

Jusqu'ici la malade va bien, la température n'a pas dépassé 38°. Il n'y a eu ni dépression, ni aucune menace de péritonite.

Présentation de malade et de pièce.

M. Polaillon présente un *malade guéri, par l'opération de la cure radicale, d'une hernie inguinale droite incoercible et d'un volume énorme.*

Voici l'observation de ce malade, d'après les détails recueillis par M. Chrétien, interne du service :

Le nommé L..., Jean, âgé de 39 ans, exerçant la profession de maçon, portait une hernie inguinale droite depuis environ vingt années. Il nous assure que cette hernie n'avait pas commencé pendant l'enfance, mais seulement après la puberté. Elle augmenta progressivement de volume jusqu'au printemps de l'année 1884. A cette époque, elle prit brusquement un développement considérable, produisant de temps en temps des douleurs abdominales et des vomissements. Le malade la faisait rentrer par de violentes pressions. Mais la réduction ne persistait pas. Bientôt elle devint impossible. L... en éprouva une si grande gêne qu'il fut obligé de renoncer à l'exercice de son métier.

Le 15 décembre, il entra dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 26.

Sur la région inguinale droite s'implante une tumeur grosse comme une tête d'adulte, indolente à la pression, molle et élastique, tumeur qu'il est facile de reconnaître pour une énorme hernie entéro-épiploïque. Son enveloppe cutanée est formée aux dépens de la peau du scrotum et du pli de l'aine. La circonférence mesure 68 centimètres, et, dans la station debout, son fond descend au-dessous du milieu de la cuisse. Deux ulcérations, grandes comme des pièces de 5 francs, se voient sur la face antérieure de l'enveloppe cutanée, c'est-à-dire dans les points qui sont le plus exposés aux contusions des corps extérieurs et aux frottements du pantalon.

La hernie émerge à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et s'étend jusqu'au pubis en refoulant la verge vers la gauche. Le testicule droit est accolé à la partie postérieure et interne de la hernie. Il est petit, atrophié, difficile à sentir.

En palpant cette hernie, on reconnait au-dessous de la peau un sac péritonéal très épais. En déprimant la région inguinale, on trouve que la hernie communique avec la cavité abdominale par un orifice assez large pour admettre les quatre doigts juxtaposés. Malgré cette large

ouverture, la réduction est impossible. L'irréductibilité tient peut-être à des adhérences entre l'intestin et le sac, mais surtout à ce que la cavité abdominale n'est plus assez vaste pour contenir toute la masse intestinale qui est logée dans la hernie.

Le patient est dans une position fort critique. Il ne peut se livrer à aucun effort, et, par conséquent, gagner sa vie. Il voit sa hernie augmenter tous les jours. Il souffre et il est exposé à des accidents d'étranglement ou d'obstruction intestinale. La peau s'est ulcérée et l'ulcération menace de s'étendre en surface et en profondeur.

Jamais l'indication d'opérer la cure radicale n'a été plus précise. Mais avant de songer à cette opération, il fallait s'assurer si l'intestin pourrait rentrer dans le ventre et y trouver une place suffisante pour y rester à demeure.

Mon premier soin fut donc d'obtenir la réduction. Pour cela je confinai rigoureusement le malade au lit; je le mis à la diète; je lui administrai de temps en temps un léger purgatif; je lui fis prendre quelques bains. Chaque jour je fis des manœuvres de taxis, et je recommandai au malade de renouveler lui-même ces manœuvres dans la journée.

Le 12 janvier 1885, la réduction fut obtenue; mais l'intestin ressortait à mesure qu'on le réduisait, comme si la cavité abdominale était trop petite pour le contenir.

L'opération de la cure radicale devint dès lors possible. J'attendis pourtant quelques jours encore, pendant lesquels je cherchai à dilater la cavité abdominale en maintenant la réduction de mon mieux.

Deux jours avant l'opération, l'évacuation de l'intestin fut provoquée par une purgation.

Le 22 janvier, opération. — Notre collègue des hôpitaux, M. Schwartz, assiste à l'opération. Le patient est chloroformé. Spray phéniqué.

Deux incisions curvilignes, se réunissant en dedans et en dehors, circonscrivent un large croissant de la peau qui enveloppe le sac herniaire. Le sac est ensuite disséqué jusqu'à l'ouverture inguinale. Cette dissection se fait, dans certains points, en décollant avec le doigt le tissu cellulaire qui unit la face externe du sac à l'enveloppe cutanée; mais, dans d'autres points, il faut employer le bistouri et les ciseaux, et procéder minutieusement pour ne pas ouvrir la poche péritonéale. Ce temps de l'opération est long et très sanglant.

Arrivé au niveau de l'orifice inguinal, je réduis l'intestin avec soin, puis je rassemble entre mes doigts les parois du sac, de manière à en former un pédicule, que je lie avec un fort fil de catgut au ras de l'arcade fémorale.

Le testicule est emprisonné dans le sac. Si je le conserve, il restera près de l'anneau et rendra douloureuse l'application d'un bandage. C'est là un grave inconvénient qui fera échouer le but que je me propose en pratiquant la cure radiale de la hernie. J'ai dit, d'ailleurs, que ce testicule était atrophié. En outre, les éléments de son cordon ont été dissociés par l'expansion du sac, et il serait bien difficile de les retrouver et de les conserver. Toutes ces raisons me décidèrent à sacrifier le testicule.

Le sac fut donc excisé avec le testicule à 1 centimètre au-dessous de la ligature de catgut, ligature qui fermait la cavité péritonéale à la manière du collet d'une bourse serré par son cordon. La section du sac fut faite avec précaution, en examinant avec soin si une anse intestinale n'avait pas été comprise dans la ligature. Je trouvai dans le sac une petite quantité de liquide mousseux, qui n'était autre chose que de la sérosité du péritoine que les manœuvres du taxis avaient fait mousser.

La réduction de l'intestin ayant eu lieu avant la ligature et l'excision du sac, à aucun moment les anses intestinales n'ont été en contact avec l'air extérieur.

Une grande masse d'épiploon qui était contenue dans le sac fut liée et réséquée.

L'ouverture inguinale fut ensuite réunie par quatre points de suture entrecoupés avec des fils de catgut fin, placés sur les piliers de l'anneau. Un de ces fils traversait le pédicule du sac pour le maintenir contre la paroi abdominale.

Quatre points de suture profonde avec des fils d'argent et onze points de suture superficielle furent placés pour rapprocher les lèvres de la plaie cutanée. Drain de caoutchouc aux deux extrémités de l'incision. Pansement de Lister.

L'opération avait duré plus d'une heure.

Dans la journée, le malade eut quelques nausées dues au chloroforme. Le soir, il allait très bien : aucune douleur; aucune fièvre.

Le 24 janvier. — Premier pansement. Les lèvres de l'incision sont réunies.

Le 26 janvier. — Deuxième pansement. Ablation de deux fils profonds et de huit fils superficiels. L'état général est très bon. Mais le soir, le malade est en proie à une fièvre assez vive, à la suite d'efforts pour aller à la selle.

Le 27 janvier. — 25 grammes d'huile de ricin amènent quelques selles normales.

Le 29 janvier. — Troisième pansement. Au-dessous de la peau réunie, je trouve un foyer de suppuration fétide, qui m'explique parfaitement l'apparition de la fièvre. J'enlève toutes les sutures, et je fais un lavage minutieux du foyer avec de l'eau phéniquée au 20°. Pansement de Lister.

Malgré cet accident, le ventre n'est pas douloureux; des adhérences solides se sont faites du côté du péritoine, et il n'y a aucune menace de péritonite.

Les jours suivants, l'opéré allait très bien, et s'alimentait presque comme à l'état normal. Mais le foyer purulent continua à suppurer.

Le 11 février. — La suppuration commença à diminuer. Néanmoins le malade restait rigoureusement au lit, avec la recommandation de ne pas s'asseoir et de ne pas faire de mouvements brusques.

On renouvela d'abord les pansements tous les deux jours, puis tous les trois et tous les quatre jours à mesure que la suppuration se tarissait.

Le 10 mars. — La cicatrisation était parfaite; je permis à mon opéré de se lever avec un bandage appliqué par-dessus une couche de ouate.

La guérison de mon malade est complète en ce sens qu'il est débarrassé d'une infirmité qui l'empêchait de gagner sa vie et qui l'exposait à de graves accidents. Mais mon opération n'a pas fait disparaître la faiblesse congénitale de la paroi abdominale. Malgré l'excision du sac, malgré la suture de l'anneau, malgré la suture profonde des lèvres de la plaie, la région inguinale reste faible. Elle a besoin d'être soutenue artificiellement. Aussi mon opéré devra-t-il porter un bandage toute sa vie, sous peine de voir se former une nouvelle hernie.

Il est bien rare que ceux qui ont subi la cure radicale d'une hernie ne soient pas soumis à cet assujettissement.

En examinant la pièce enlevée, on voit que le testicule est situé dans le sac. J'avais donc affaire à une hernie dans la tunique vaginale, c'est-à-dire à une hernie congénitale. D'après le dire du malade, cette hernie n'est devenue apparente qu'après la puberté.

La disposition du testicule dans le sac rendait la conservation bien difficile. Si le testicule avait été conservé, la cure radicale aurait été moins sûre et l'usage d'un bandage aurait probablement été empêché par la compression de cet organe et par les douleurs qui en auraient résulté.

Discussion.

M. Berger. Je pense que durant les opérations semblables à celle que M. Polaillon vient de relater, il est toujours prudent d'ouvrir le sac herniaire avant d'apposer la ligature sur le collet, car il est des cas où l'on croyait avoir tout réduit et où pourtant il restait une anse intestinale qui avait échappé : Je ne suivrais donc pas en pareille occurrence le procédé adopté par M. Polaillon : il est de plus bien souvent nécessaire aussi, quand on opère, de pratiquer la castration.

M. Polaillon. Je crois que le procédé de ligature en masse du collet du sac est aussi sûr que celui que M. Berger vient de rappeler. Dans l'hypothèse qu'une anse d'intestin aurait pu être serrée par la ligature, j'ai réséqué le sac avec précaution, afin de ne pas couper l'intestin dans le cas où cet accident aurait eu lieu. En outre, je ferai remarquer que la ligature en masse m'a permis de faire l'opération sans que l'intestin ait été exposé à l'air, ce qui me donnait une sécurité de plus contre l'explosion d'une péritonite.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
Gillette.

Séance du 6 mai 1885.

Présidence de M. Duplay.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications médicales de la semaine ;

2° La deuxième partie du tome VIII du *Bulletin de la Société de médecine légale de France;*

3° *De l'anesthésie en chirurgie oculaire,* par le Dr Baudry, agrégé de la faculté de Lille ;

4° Une observation de *Taille hypogastrique*, par M. le Dr Dieu, membre correspondant à Alger;

5° Une observation de *Calculs des voies urinaires chez la femme,* par M. le Dr J.-M. Petit (de Cette) (commission : MM. Polaillon, Marchand et Perrier, rapporteur) ;

6° *Mémoire sur l'aseptol* (acide orthoxyphénylsulfureux), par E. Gautrelet, chimiste à Vichy;

7° M. Bruch, professeur à l'École de médecine d'Alger, envoie un compte rendu de son enseignement clinique (M. Le Dentu, rapporteur).

M. le secrétaire général donne lecture d'une observation envoyée à la Société par le Dr Dieu, médecin-chef de l'hôpital du Dey, à Alger, membre correspondant, et intitulée :

Volumineux calcul vésical remontant à l'enfance. — Taille hypogastrique. — Guérison.

Lamat (Eugène), 22 ans, charretier, incorporé au 1er régiment de zouaves, le 27 août 1884, entré à l'hôpital du Dey, salle 12, lit 4, le 28 novembre 1884.

Homme de constitution moyenne, tempérament lymphatique, figure amaigrie, un peu terreuse ; n'a pas d'antécédents héréditaires. Lui-

même a toujours eu une bonne santé, sauf les accidents uriuaires suivants :

Étant enfant, il pissait goutte à goutte, malgré lui, à tous les moments; il salissait ses vêtements et souffrait de plaques érythémateuses à la face interne des cuisses, toujours humides d'urine.

Entré à l'âge de 7 ans à l'hôpital civil d'Oran pour être soigné de cette incontinence, il y séjourna peu de temps, ses parents ayant refusé de lui laisser faire une opération qu'on leur proposait.

Dans la suite, l'infirmité s'est, dit-il, atténuée, et il a pu faire sans grand inconvénient son métier de charretier, qui exige de longues marches. Toutefois, il continua à pisser souvent et à souffrir parfois assez pour être obligé de se reposer plusieurs fois par mois.

Quelque temps après son incorporation, à Coléah, le 20 octobre 1884, au retour d'un exercice où on l'avait fait sauter, il éprouva un violent besoin d'uriner qu'il ne put satisfaire. Le médecin le sonda, le fit entrer le lendemain à l'hôpital de Coléah, d'où il fut évacué sur celui du Dey, le 28 novembre 1884, avec le diagnostic de calcul prostatique.

Ce jeune homme se plaint d'avoir des mictions fréquentes, surtout pendant le jour. Le jet d'urine, assez gros, est parfois brusquement interrompu, et ne se continue alors qu'après une secousse légère des cuisses ou l'inclinaison du tronc. Il n'éprouve pas d'autres phénomènes douloureux qu'une sensation de pesanteur à la racine des bourses. Les urines sont légèrement muco-purulentes; elles n'ont jamais été sanglantes et ne contiennent pas d'albumine.

La verge est peu développée et offre une atrésie du méat. Cependant l'exploration de l'urètre, avec une bougie exploratrice à boule, montre que le canal est régulier, sans rétrécissement pathologique, mais d'un calibre sensiblement petit; de plus, lorqu'on pénètre dans le col vésical, le malade souffre et l'on sent nettement qu'on frotte sur des parois rugueuses; avec une sonde métallique, ces rugosités sont eucore mieux senties et paraissent dures.

Par le toucher rectal, on constate que la prostate est petite, normale et nullement douloureuse; on n'y sent pas de calcul, non plus que dans la vessie.

Je me bornai à cette seule exploration pour la première fois, le malade étant inquiet et très irritable. Ce cathétérisme ne fut suivi d'aucune réaction fébrile, mais les urines furent plus troubles pendant quelques jours.

Le 10 *décembre*, le malade étant couché, le bassin élevé, dans la position que l'on donne pour la lithotritie, après injection d'eau boriquée tiède dans la vessie, je pratique un examen plus complet avec un petit lithotriteur à écrou brisé. Dès que l'instrument a pénétré dans la vessie, on perçoit bien le choc d'un corps dur paraissant peu mobile, et difficile à charger entre les mors de l'explorateur,

Cependant, il peut être saisi après quelques tâtonnements, et je constate que la pierre a un diamètre de 5 centimètres, qu'elle suit facilement les mouvements de l'instrument et n'est pas, par conséquent,

adhérente à la paroi vésicale; qu'elle est probablement seule, puisqu'on ne peut sentir son choc contre un deuxième calcul.

L'instrument, ramené hors de la vessie, n'a pas entraîné dans les rainures des mors de parcelles calculeuses.

Je me trouve donc en présence d'un calcul volumineux, remontant à l'enfance, lentement développé dans une vessie dont le col ast sensible et irritable. Ce calcul vient s'appliquer habituellement sur le col, ce qui avait fait croire tout d'abord à un confrère à l'existence d'un calcul prostatique.

Dans ces conditions, le peu de développement des organes génitaux, le volume du calcul, sa dureté probable, à cause de son origine, la qualité des urines, devaient me faire préférer la taille à la lithotritie, et, parmi les diverses tailles, le volume du calcul et les bons résultats signalés récemment par les chirurgiens me firent choisir la voia hypogastrique.

Quelques soins préliminaires ont précédé l'opération. Pendant 3 jours, pour tâter la susceptibilité et la dilatabilité de la vessie, ainsi que celles du canal de l'urètre, je fis des injections quotidiennes de 200 grammes d'une solution saturée d'acide borique, et j'administrai chaque jour une faible dose de benzoate de soude (1gr,50) pour améliorer l'état des urines.

La veille de l'opération, le malade est purgé et laissé à une demi-diète.

Le jour de l'opération, 29 *décembre* 1884, le matin, de bonna heure, lavement émollient, pour vider le rectum et favoriser la mise en place du ballou rectal; administration d'une potion avec 3 grammes de chloral. Les deux membres inférieurs sont entourés de ouate. Anesthésia complète et enfin opération :

1° Introduction d'une sonde à robinet dans la vessie et écoulement de toute l'urine;

2° Introduction du ballon de Petersen;

3° Injection dans la vessie de 200 grammes d'eau boriquée, après ligature de la verge sur la sonde à robinet laissée en place;

4° Distension du ballon rectal avec 400 grammes d'eau tiède. La vessie offre une tumeur en relief à la région hypogastrique;

5° A 2 centimètres au delà du pubis, sur la ligne blanche, incision de 10 centimètres intéressant seulement la peau, préalablement rasée et lavée à l'eau de savon et à l'eau phéniquée forte. La section du tissu sous-cutané coupe une veine dont l'hémorragie est arrêtée à l'aide d'une pince hémostatique.

L'aponévrose ponctionnée, puis coupée dans toute l'étendue de la plaie sur la sonde cannelée, découvre le grand droit (le pyramidal du côté droit a été sectionné sur la sonde); avec le doigt, j'écarte les deux grands droits et je vois un bourrelet adipeux saillant. Avec le doigt indicateur gauche, recourbé en crochet, je repousse légèremen les tissus en refoulant vers l'angle supérieur de la plaie le cul-de-sac péritonéal, que je maintiens dans cette position. Quatre écarteurs font bailler fortement la plaie, au fond de laquelle on voit la face antérieure

de la vessie et ses deux veines. Ponction au bistouri droit, guidé par l'ongle de l'index gauche, et débridement large au bistouri boutonné, donnant issue au liquide injecté et à du sang fourni par une artériole qu'on saisit dans les mors d'une pince à pression. Le doigt sent la pierre, grosse, unique, mobile. Son grand diamètre est antéro-postérieur et une de ses extrémités est appliquée sur le col vésical. Je ne puis la charger avec des tenettes droites, mais je la saisis avec des tenettes courbes, et je la retire facilement par un mouvement analogue à la manœuvre du forceps.

6° *Pansement.* — Introduction de deux drains rouges, larges de 4 centimètres, dont les extrémités vésicales seules, percées de trois orifices, sont placées au fond de la vessie, où on les maintient pendant que la sonde est retirée et que le ballon est vidé et sorti du rectum. Fixation de ces drains aux lèvres cutanées de la plaie par une suture au fil d'argent. Lavage boriqué de la vessie et de la plaie et hémostase complète.

Pansement de Lister sans suture, sauf un point dans l'angle supérieur. L'extrémité libre des drains aboutit à un récipient à demi rempli d'eau boriquée et placé à côté du malade.

Le calcul extrait est de couleur grisâtre, à surface lisse, dur, ellipsoïde. Ses dimensions sont : 5 centimètres, 4 centimètres; 2 centimètres et demi d'épaisseur; il pèse 50 grammes.

L'analyse chimique pratiquée par M. Fleury, pharmacien principal de l'hôpital du Dey, démontre que ce calcul est composé de couches concentriques formées d'acide urique, de carbonate de chaux, d'oxalate de chaux, de phosphate ammoniaco-magnésien. Le noyau contient à peu près uniquement de l'acide urique.

L'opéré, tenu chaudement, est laissé à la diète et au repos absolu, avec 10 centigrammes d'extrait d'opium.

Température du soir de l'opération : 37°,4.

Le lendemain, pansement de Lister, après lavage boriqué tiède. Le malade, pusillanime, accuse une sensation de pénétration de liquide dans l'abdomen. Il est changé de lit et tenu chaudement. Anorexie; lavement émollient; opium à 15 centigrammes. La température, de 37°,3 le matin, s'élève à 40°,2 le soir. Les drains laissent passer peu d'urine, dont la plus grande partie s'écoule par la plaie. Pas de miction par la verge.

Le 31 décembre, température: 37°,4, matin; 38°,8, soir. Lavages boriqués et pansement de Lister; un seul tube fonctionne bien, c'est-à-dire que l'injection lancée par l'un d'eux ne ressort pas par l'autre mais s'écoule par la plaie.

Le 1er janvier, température : 37°,5, matin; 38°,6, soir. Même état. Coliques légères. Suppression de l'opium et administration de 10 grammes d'huile de ricin.

Le 2 janvier, température : 37°, matin; 38°,7, soir. Mêmes symptômes; mêmes prescriptions. Pour la première fois, les tubes conduisent bien l'urine.

Le 3 janvier, température : 37°,4, matin; 38°,1, soir. Le malade, dé-

primé, ne mange pas et réagit mal. Coliques légères; opium à 6 centigrammes et lavement émollient. Selle peu abondante et pénible.

Le 4 *janvier*, température : 37°,5, matin; 38°,2, soir. Nuit bonne, léger appétit; cependant les tubes ont peu laissé passer d'urine. Le fil d'argent qui fixe les drains aux lèvres de la plaie est remplacé par un fil de chanvre fixé à la peau par du collodion.

Les 5 *et* 6 *janvier*, température : 37° matin et soir. Bien-être général et appétit. Bon aspect de la plaie; même pansement que les jours précédents; même paresse des tubes.

Le 7 *janvier*, température : 37° matin et soir. Bon état général. Quelques coliques. Purgatif au citrate de magnésie et lavement huileux.

Le 8 *janvier*, température : 37°,5, matin. Selle abondante et peu pénible; essai d'une sonde à demeure en caoutchouc rouge; mise à 9 heures du matin, elle a dû être enlevée à 3 heures du soir, le malade ayant 38° et une goutte de pus au méat.

Le 9 *janvier*, température : 37° matin et soir. Un des tubes à drainage est enlevé, le deuxième fonctionnant bien. Cette fois, le pansement fait n'est renouvelé que le 12.

Le 16 *janvier*, pour la première fois, écoulement de deux cuillerées d'urine par l'urètre, pendant la défécation; un drain plus petit remplace l'unique drain resté dans la plaie abdominale.

Le 19 *janvier*, issue spontanée de ce dernier drain. Pansement de Lister et lavages. Le malade se lève et urine chaque jour un peu plus par l'urètre.

A dater de cette époque l'état du malade s'améliore tous les jours. L'appétit revient ce qu'il était autrefois; les selles sont devenues régulières et non douloureuses. Le malade est toujours levé, circulant librement. Le pansement de Lister, toujours continué, est appliqué à des intervalles de plus en plus éloignés. La plaie se ferme avec rapidité, et la plus grande partie de l'urine passe par l'urètre.

Le 26 *janvier*, suppression du pansement de Lister. On se contente de maintenir sur la plaie presque entièrement cicatrisée un morceau de diachylon. Cautérisation, tous les deux jours, de quelques bourgeons charnus.

Le 2 *mars* 1885, il ne reste plus qu'un orifice gros comme une tête d'épingle, donnant passage à une petite quantité d'urine dans les mictions avec effort. La santé du jeune homme est parfaite; il n'a plus de douleurs en urinant et la vessie retient environ un grand verre d'urine; deux mictions chaque nuit.

Le 15 *mars*, deux mois et demi après l'opération, la plaie fistuleuse se ferme définitivement sans aucun traitement.

Le malade est conservé en observation jusqu'à la fin d'avril; il est complètement guéri. Il est réformé le 2 mai et sort de l'hôpital pour retourner chez lui.

Cette opération favorable vient s'ajouter à toutes celles qui ont été publiées depuis quelque temps, et, lorsque l'enquête ouverte devant la Société de chirurgie sera terminée, nous pensons que la taille hypogas-

trique, heureusement modifiée par les nouvelles méthodes et parfaitement réglée par MM. Guyon et Périer, sera considérée comme une opération simple, d'une exécution facile et donnant d'excellents résultats.

A propos du procès-verbal et de la discussion sur la récidive maligne des kystes de l'ovaire.

M. Polaillon. A l'occasion de la question soulevée dans la dernière séance, touchant la récidive et la généralisation du néoplasme des kystes de l'ovaire enlevés par l'ovariotomie, il me paraît intéressant de citer le fait suivant :

Kyste de l'ovaire. — Ovariotomie avec pédicule laissé au dehors. — Léger écoulement menstruel au niveau de la cicatrice du pédicule. — Induration et excoriation de cette cicatrice. — Dépérissement. — Pleurésie. — Mort. — Autopsie. — Généralisation cancéreuse.

Fouq... Louise, âgée de 24 ans, couturière, entre le 15 mai 1880, dans mon service de la Pitié, salle Saint-Jean (actuellement salle Gerdy), n° 1. Son admission est motivée par une ulcération au niveau d'une cicatrice d'ovariotomie et par des douleurs dans le ventre.

Antécédents. — Le père de cette jeune fille est mort à 68 ans, sans cause connue. Sa mère, encore vivante, est en bonne santé. Elle-même n'a jamais eu de maladies.

Au commencement de 1877, elle éprouva de légères douleurs dans la partie inférieure du ventre. Bientôt ces douleurs devinrent plus fréquentes et plus vives; en même temps, le ventre augmenta de volume. Les règles apparaissaient tous les quinze jours. Au mois de juillet 1878, le ventre était énorme, la digestion difficile, le membre inférieur gauche œdématié. Admise à Lariboisière, on lui fit quatre ponctions, qui donnèrent issue tantôt à un liquide jaunâtre, tantôt à un liquide brun foncé.

Le 10 novembre 1878, M. Pozzi pratiqua l'ovariotomie en laissant le pédicule entre les lèvres de la plaie. Trente-trois jours après, l'opérée sortait guérie de l'hôpital.

Depuis l'ovariotomie, la santé de Louise Fouq... était devenue excellente. Elle ressentait bien, au moment des règles, quelques douleurs dans le ventre, et elle avait remarqué qu'à ces moments elle perdait quelques gouttes de sang par la cicatrice; mais ces douleurs étaient légères, les règles étaient normales par leur quantité et l'époque de leur apparition, et la malade avait pris un embonpoint qui lui donnait une excellente apparence.

Au mois de janvier 1880, quelques élancements se firent sentir à la partie inférieure de la cicatrice, qui s'excoria. On lui fit porter une ceinture construite de façon à ne pas frotter sur les points douloureux. Malgré cette précaution, la petite excoriation augmenta d'étendue; sa base s'indura ; les élancements devinrent plus vifs.

État actuel. — A son entrée à la Pitié, le 15 mai 1880, je constate, au niveau de la cicatrice abdominale, dans le lieu où le pédicule a été fixé, une petite ulcération rouge, saignante et douloureuse. Les bords de l'ulcération sont durs, et en palpant avec soin l'abdomen, on sent que l'induration se prolonge profondément et forme une plaque, qui a presque la longueur de la paume de la main. Le toucher vaginal ne fait rien constater.

Petit à petit l'ulcération augmenta d'étendue, malgré les divers pansements que j'essayai. La malade alla en dépérissant de plus en plus.

Au commencement de juin, apparition d'une pleurésie à droite, pleurésie survenue sans bruit et de nature suspecte. L'épanchement disparut peu à peu, mais il resta une matité absolue en avant dans tout le côté droit. Bientôt on constata des frottements au sommet du poumon du même côté et du retentissement de la toux qui était sèche et fréquente. Peu de crachats. Pas d'hémoptysie. L'état général devint de plus en plus mauvais. Amaigrissement considérable.

A tous ces symptômes alarmants vinrent s'ajouter des vomissements que rien ne put calmer. Depuis le 10 juillet, presque tous les aliments, même le lait et le bouillon, furent vomis. Enfin, le 11 août, la malade succomba.

Autopsie. — La cavité abdominale est ouverte par une longue incision à concavité inférieure, passant par l'épigastre et aboutissant aux épines iliaques. Trois litres environ de sérosité citrine s'écoulent au dehors. En rabattant sur le pubis le lambeau formé par la paroi abdominale, on constate quelques adhérences entre les intestins et le péritoine pariétal. Plus bas, la paroi abdominale est solidement unie à un pédicule épais, résistant, dont l'insertion répond à la cicatrice cutanée, et qui n'est autre chose que le pédicule de la tumeur opérée il y a vingt mois. Ce pédicule forme une sorte de pont, dans lequel on peut passer le doigt. Il aboutit au corps de l'utérus.

Une tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, remplit l'excavation pelvienne et déborde en haut le détroit supérieur. Cette tumeur bosselée, libre d'adhérences, répond par son pédicule au ligament large gauche. Elle est formée par une masse polykystique. La poche principale contient un liquide blanchâtre, de consistance sirupeuse, filant. Dans un point, la production morbide revêt l'aspect d'un tissu sarcomateux.

Dans toute la cavité péritonéale, sur les feuillets pariétal et viscéral du péritoine, sur le grand épiploon, existe un grand nombre de petites plaques, légèrement saillantes, variant entre la dimension d'une lentille et celle d'une pièce de 50 centimes. Ces plaques sont de nature cancéreuse.

L'*estomac* est très rétracté.

Le *foie* est adhérent au diaphragme par sa face convexe. Sa surface ne présente rien d'anormal. Mais, en pratiquant des coupes, on découvre dans son parenchyme des noyaux cancéreux, dont l'un est gros comme une noix.

Rien dans les autres viscères abdominaux.

Du côté de la poitrine, épanchement séreux, abondant, dans la plèvre droite. Le poumon est refoulé contre le médiastin. Toute la plèvre est épaisse, fibreuse, criblée par un piqueté hémorragique. Le poumon est rouge, violacé, non crépitant, sans production cancéreuse. A gauche, la plèvre diaphragmatique présente quelques noyaux blanchâtres, opaques, analogues à ceux du péritoine.

Rien au *péricarde*. Le cœur est petit et flasque.

M. Horteloup communique le fait suivant ayant trait à la même question.

Kyste uniloculaire de l'ovaire droit. — Suppuration du kyste. — Guérison en 3 ans. — Début d'un cancer en cuirasse du sein 11 mois après la guérison. — Mort en 7 mois.

Mme X..., 29 ans, grande et forte personne, pas d'antécédents cancéreux, mariée à 21 ans, a eu un premier enfant à 22 ans.

Deux ans plus tard, une seconde grossesse survient avec un début assez insolite pour que Mme X... consulte M. Nélaton, qui reconnut un kyste de l'ovaire.

La grossesse arriva à terme, et six mois après l'accouchement on fit une ponction suivie d'une injection iodée. Une seconde et une troisième ponction furent faites en 1870 et en juillet 1871.

Je fus appelé en octobre 1872 auprès de Mme X... dont le kyste était revenu à son volume primitif. Je fis une quatrième ponction avec l'injection iodée.

Cinq jours après la ponction, frisson, fièvre, douleurs dans la poche, je constate un développement gazeux qui ne permettait pas d'hésitation dans le diagnostic.

M. Nélaton, qui voulut bien revoir Mme X..., me conseilla de placer une sonde à demeure et de chercher à obtenir la guérison par suppuration du kyste.

L'opération fut faite le 20 octobre 1872 et la guérison complète fut obtenue en janvier 1876. Pendant les trois années, des lavages furent faits régulièrement dans le kyste avec différents liquides, eau alcoolisée, eau iodée, eau phéniquée, etc., il ne se présenta rien de particulier à noter. La santé de Mme X..., dès les premiers lavages, redevint excellente; ne souffrant nullement Mme X... put reprendre toutes ses occupations, et, lorsque la poche fut complètement retractée, il eut été impossible de soupçonner ce long traitement. Au mois de mars 1876, j'examinai l'abdomen, dans lequel je constatai une grosseur, du volume d'une mandarine, complètement indolente.

Au mois de janvier 1877, Mme X... me fit redemander pour une violente douleur qu'elle éprouvait au niveau de la troisième vertèbre dorsale et pour un aspect insolite que présentait le sein gauche.

Toute la glande mammaire était dure comme une pierre, la peau sillonnée de veines volumineuses; la peau de la région sus-sternale et

celle du sein opposé commençait à se durcir et à présenter l'aspect peau d'orange.

J'étais en présence d'un cancer qui allait présenter la marche du cancer en cuirasse, et la douleur si vive de la région dorsale devait être occasionnée par un noyau siégeant dans la vertèbre. Ce diagnostic fut celui de mon cher maître, M. Verneuil, qui voulut bien me donner son avis.

Les accidents marchèrent avec rapidité, et en juin 1877 Mme X... mourut au dernier période de la cachexie cancéreuse.

Plusieurs fois, pendant cette rapide maladie j'examinai avec soin la cavité abdominale, il me fut impossible de constater du gonflement et de la douleur, et, quoique je n'aie pas fait l'autopsie, je crois pouvoir affirmer qu'il n'y eut pas de dégénérescence cancéreuse de l'ovaire précédemment malade.

On est donc en droit de penser que la tumeur kystique n'était pas de nature cancéreuse, car il serait difficile d'admettre que, pendant trois ans que dura la suppuration de la poche, le développement cancéreux n'ait pas dû se manifester.

Il faut donc rapprocher cette observation de ces cas dans lesquels il est difficile de trouver un rapport précis entre le kyste de l'ovaire et le cancer.

Discussion.

M. Verneuil. Il est certain que si cette observation avait été moins bien prise, elle eut été publiée sous le titre : « Ablation d'un kyste de l'ovaire, récidive par cancer. »

Dans ces conditions, j'estime, moi aussi, que les cas de cette nature sont surtout le fait de l'une de ces coïncidences signalées tout récemment par M. Ricord dans sa thèse sur la pluralité des néoplasmes.

M. Terrier. J'ai vu avec M. Périer un cas inverse des précédents. Il s'agit d'une femme opérée d'un cancer du sein qui, dix à douze ans après, avait un kyste de l'ovaire.

Rapport.

Sur une observation de chondro-sarcome de la mâchoire supérieure, lue à la Société de chirurgie par M. Kirmisson, intitulé : *Des tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur*,

Par M. Paul Berger.

Vous avez entendu, dans la dernière séance, M. Verneuil insister sur le désaccord qui existe parfois entre les données de

l'anatomie pathologique et les notions fournies par l'observation clinique au sujet de la bénignité ou de la malignité de certaines tumeurs : c'était à propos de ces kystes de l'ovaire que les histologistes considèrent comme une variété d'épithéliomes, tandis que leur évolution et le traitement dont ils relèvent ne permettent de les distinguer en aucune façon des autres espèces de kystes de l'ovaire, de nature évidemment bénigne. Voici, d'autre part, un exemple de tumeurs que l'examen histologique doit faire ranger parmi les tumeurs bénignes, tandis que trop souvent leur marche et leur terminaison fatale leur communiquent les attributs d'une malignité relative. Il est vrai que cette impression, j'espère vous en donner tout à l'heure la preuve, est due bien souvent à l'insuffisance de nos moyens de diagnostic, et que la repullulation fréquente que l'on observe après l'ablation de ces néoplasmes, caractère qui, plus que tous les autres, semble au premier abord impliquer leur nature maligne, tient au défaut de l'intervention chirurgicale bien plus qu'à la propriété qu'aurait le tissu pathologique de se reproduire après son extirpation complète.

Il s'agit de ces tumeurs cartilagineuses, chondromes vrais ou faux, du maxillaire supérieur, dont il y a plusieurs mois M. Kirmisson vous a rapporté un intéressant exemple. L'étude de cette observation et de celles que j'ai pu réunir sur le même sujet m'ont amené à penser que les résultats de l'examen histologique ne contredisent pas autant qu'on serait porté à le croire les caractères tirés de l'histoire clinique de ces chondromes, et que l'on peut au contraire arriver à se faire une idée assez nette de leur degré de bénignité ou de malignité relative par la considération des particularités que présente suivant les cas leur structure.

Ce sujet est d'autant plus digne de votre attention, qu'il y a quelques années déjà, en 1868, une communication de M. Tillaux sur la même affection, dont il avait observé et traité avec succès un cas, a soulevé dans le sein de la Société une discussion assez importante sur la nature de ces chondromes. Je crois à propos d'y revenir avec l'aide d'un plus grand nombre de faits que ceux dont on pouvait disposer à cette époque.

Voici donc l'observation qui vous a été communiquée par M Kirmisson, et qui mérite d'être insérée en entier dans nos *Bulletins*.

Chondro-sarcome de la mâchoire supérieure; résection totale du maxillaire supérieur droit; partielle du maxillaire supérieur gauche; récidive; nouvelle opération, guérison.

Le nommé L..., âgé de 42 ans, typographe, est entré le 9 juin 1883

à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, n° 25, pour une tumeur de la mâchoire supérieure. Rien, dans les antécédents personnels et héréditaires du malade, ne peut expliquer l'affection dont il est atteint. Il y a un an, il s'est aperçu que ses gencives étaient gonflées et saignaient facilement; en même temps, il était atteint d'une névralgie faciale très tenace, siégeant du côté droit. Bientôt une tumeur apparaissait sur le maxillaire supérieur du même côté, tumeur qui prenait un rapide développement, et pour laquelle le malade entra le 13 novembre 1882 à l'hôpital de Saint-Denis. Il y fut opéré le 24 février de cette année par M. le Dr Leroy des Barres. L'opération aurait porté, au dire du malade, sur le bord alvéolaire et sur une partie de la voûte palatine. La guérison fut rapide; mais la récidive ne se fit pas longtemps attendre. Peu de jours après la sortie du malade de l'hôpital, au mois d'avril, une petite tumeur apparaissait de nouveau sur le côté droit de la mâchoire supérieure. Cette tumeur prit un accroissement rapide, et depuis lors, elle a constamment augmenté de volume.

Actuellement la joue droite, au niveau de la région sous-orbitaire, et la partie droite de la lèvre supérieure sont fortement bombées en avant, soulevées par la tumeur; il en résulte une asymétrie de la face très manifeste. Quand on fait ouvrir la bouche au malade, et qu'on relève la lèvre supérieure, on voit que la tumeur occupe toute la moitié antérieure des deux maxillaires supérieurs, et la moitié antérieure également de la voûte palatine. Elle est cependant beaucoup plus développée du côté droit, où elle empiète sur le bord alvéolaire sous forme d'un prolongement auquel on peut imprimer quelques mouvements, en le prenant entre les doigts. De ce côté, presque toutes les dents sont tombées ; il n'en reste que trois qui sont branlantes et déjetées en avant. La tumeur empiète aussi, avons-nous dit, sur le bord antérieur du maxillaire supérieur du côté opposé; ou plutôt, de ce côté, il n'y a pas de tumeur surajoutée à l'os. C'est le bord alvéolaire lui-même qui est gonflé, infiltré par le néoplasme, et cela jusqu'au niveau de la première molaire. Les dents du maxillaire gauche sont conservées; les gencives sont mollasses et saignent facilement. Le doigt introduit dans la partie supérieure du pharynx ne rencontre aucun prolongement de la tumeur de ce côté. Il n'en est pas de même pour la fosse nasale droite ; la déviation d'une sonde introduite dans cette cavité indique que le néoplasme y fait un relief des plus marqués. Il passe cependant encore un peu d'air par la narine correspondante. La fosse nasale gauche est complètement libre.

La consistance de la tumeur est partout dure et résistante, elle fait intimement corps avec l'os, sauf au niveau du prolongement alvéolaire du côté droit, dont nous avons noté déjà la mollesse plus grande, et la mobilité.

La peau est parfaitement mobile sur la tumeur. La sensibilité est intacte à son niveau; mais elle est un peu émoussée sur les gencives et la lèvre supérieure du côté droit. Le malade accuse actuellement peu de douleurs au niveau du néoplasme lui-même ; il rapporte plutôt ses souffrances à la partie postérieure de la tête. Il existe un ganglion

peu volumineux et mobile au niveau de l'angle de la mâchoire du côté droit.

L'état général est bon; l'appétit est conservé, mais la mastication est très difficile.

Les caractères de la tumeur et sa marche nous firent porter le diagnostic de sarcome de la mâchoire, et l'examen du malade ne nous fournissant aucune contre-indication, nous proposâmes l'extirpation, qui fut acceptée.

L'opération eut lieu le 29 juin; le malade fut anesthésié par le chloroforme, sans adjonction d'aucun des moyens qui ont été préconisés pour prévenir la chute du sang dans le pharynx, tamponnement, position déclive de la tête, etc. Je fis d'abord la résection totale du maxillaire supérieur droit, à l'aide d'une incision partant de l'angle externe de l'œil, contournant la paupière inférieure, l'aile du nez, et aboutissant à la lèvre supérieure, au niveau de la cloison des fosses nasales.

Quand cette première partie de l'opération fut achevée, je fis l'hémostase aussi complète que possible, je laissai reposer quelques instants le malade, puis j'enlevai la portion malade du maxillaire supérieur gauche. Pour cela, je décollai d'abord la muqueuse de la lèvre supérieure à son insertion sur le cul-de-sac gingivo-labial; je perforai avec un trépan à main la paroi antérieure du sinus maxillaire, au niveau de la première molaire, après avoir arraché cette dent. Je sectionnai alors avec une pince de Liston la paroi antérieure du maxillaire, puis la cloison des fosses nasales, et je terminai l'opération en détachant un lambeau en forme de V de la voûte palatine, comprenant toutes les portions osseuses malades. Les parties superficielles furent suturées avec le fil d'argent; aucun tampon ne fut placé dans la profondeur de la plaie, dont l'hémostase était complète. Un pansement de Lister recouvrit toute la face.

Le lendemain, 30 juin, l'état du malade était satisfaisant; il n'y avait pas eu d'hémorragie. Mais le pansement de Lister avait déterminé un érythème assez prononcé; aussi fut-il remplacé par un pansement à la pommade borique. Chaque jour, je fis moi-même, à la visite, et je recommandai de faire souvent, pendant la journée, des injections dans la bouche avec une solution de chloral au centième. Malgré ces précautions, la fièvre, comme il arrive toujours dans les plaies cavitaires, fut assez élevée; le thermomètre atteignit le troisième jour 39°,8; mais cette élévation de température ne fut pas de longue durée, et dès le cinquième jour, la température tombait à 37°,8.

Le 2 juillet, les fils d'argent furent enlevés; la plaie était complètement réunie dans toute son étendue, à part un très petit abcès qui se fit dans l'angle externe de la cicatrice, au niveau de la section de l'apophyse malaire, et qui s'ouvrit le 15 juillet aucune complication ne vint entraver la guérison, et le 30 juillet, on notait que les parties profondes sont presque complètement comblées par les bourgeons charnus.

Examen de la tumeur. — L'examen de la tumeur, après son extir-

pation, permet de constater qu'elle fait une saillie considérable dans la fosse nasale droite, comme on avait pu s'en assurer par l'examen clinique; le sinus maxillaire est parfaitement intact. Bien que dure, dans son ensemble, la pièce présente cependant çà et là une consistance plus molle. Ce qu'il y a de plus intéressant à noter dans son épaisseur, ce sont de petits tubercules arrondis, parfaitement enkystés, siégeant du niveau du bord alvéolaire, et ressemblant à des germes dentaires.

L'examen histologique n'a confirmé qu'en partie l'idée que nous nous étions faite de ce néoplasme d'après l'examen clinique. Il s'agit non point d'un sarcome pur, mais d'un chondro-sarcome. La tumeur est même beaucoup plus chondromateuse que sarcomateuse. Sur les coupes pratiquées par M. Bouley, interne du service, nous avons pu constater que la pièce est presque tout entière constituée par du tissu cartilagineux; les capsules et cellules cartilagineuses sont de différentes dimensions, la plupart petites. Sur quelques points seulement, on aperçoit du tissu sarcomateux, sous la forme de traînées de cellules fusiformes.

La tumeur est très peu vasculaire ; du moins, sur les coupes, on n'y aperçoit que quelques rares vaisseaux.

Les petites masses blanches, ressemblant extérieurement à des germes dentaires, sont entièrement formées par du cartilage. M. Magitot, qui a bien voulu en faire l'examen, n'y a trouvé aucun autre tissu. D'ailleurs, il est à noter que l'évolution du système dentaire avait été complète chez notre malade.

Il était intéressant de rechercher comment, après une perte de substances aussi considérable portant sur le squelette de la face, avait pu se faire, sur ce malade, la réparation : du côté des parties superficielles il n'y avait rien de particulier à noter, sinon un peu de larmoiement et un certain degré d'aplatissement de la face. La narine droite seule était tout à fait affaissée, de sorte que son orifice était complètement effacé.

L'état des cavités de la face est le suivant. La vaste brèche résultant de l'opération est en partie comblée, comme cela s'observe en pareil cas. Une partie du cornet moyen resté en place proémine dans cette large ouverture créée par l'ablation de la voûte palatine, et contribue à son occlusion du côté droit. A gauche, où j'avais sectionné la cloison, réséqué une large portion du bord alvéolaire et de la voûte palatine, ouvrant ainsi l'antre d'Highmore, la portion restante de la cloison est venue se souder intimement à la section de la voûte palatine conservée. Par là se trouve entièrement fermée l'ouverture du sinus maxillaire, en même temps que la perte de substance de la voûte palatine osseuse est d'autant diminuée.

Cette reproduction osseuse à laquelle étaient dues la soudure de la voûte palatine restante avec la cloison des fosses nasales et l'occlusion du sinus maxillaire, tout en constituant, au point de vue de la forme, un résultat heureux, n'était pas sans me laisser de l'inquiétude au sujet de la possibilité d'une récidive. L'événement est venu mal-

heureusement justifier mes craintes. Au commencement d'avril de cette année, le malade est venu me montrer l'appareil prothétique qui lui avait été délivré par l'administration des hôpitaux. Mais, à peine avait-il enlevé cet appareil, que j'aperçus, à l'union de la portion restante de la voûte palatine avec la cloison des fosses nasales, une petite tumeur de la largeur d'une pièce de 2 francs environ, faisant un relief marqué, et déjà ulcéré.

Devant suppléer M. Verneuil pendant les vacances de Pâques, j'engageai le malade à entrer à la Pitié. Il suivit mon conseil, et le 14 avril, je l'opérai de la façon suivante :

Je fis une incision contournant du côté gauche l'aile du nez, et comprenant toute la hauteur de la lèvre supérieure. Je mis ainsi à nu la face antérieure du sinus maxillaire, auquel je fis avec une tréphine un orifice par lequel j'engageai une pince de Liston, avec laquelle je sectionnai la voûte palatine. Un second coup de pince de Liston sectionna le plus haut possible la cloison des fosses nasales, et je détachai ainsi un coin osseux à base antérieure comprenant tout le néoplasme. Je fis la suture de la peau avec du fil d'argent. Le malade guérit, malgré un érysipèle; il quitta l'hôpital dans les premiers jours du mois de mai; malgré mes recommandations, il n'est pas revenu me voir.

Il était important de savoir si la récidive offrait encore un mélange de chondrome et de sarcome, ou bien si le mal avait évolué dans le sens du sarcome pur. M. Valude, interne de M. Verneuil, a bien voulu s'en charger. Il n'a trouvé dans la tumeur que de rares éléments sarcomateux; la trame est presque entièrement constituée par du cartilage, qui, dans certains points, est en voie d'ossification. De sorte que, cette fois encore, nous avons eu affaire à un enchondrome, ce qui est favorable au point de vue du pronostic.

Je compléterai cette observation en ajoutant que, plusieurs mois après, M. Kirmisson a revu son opéré, qui ne présentait aucune menace de récidive. Nous allons voir qu'il s'en faut de beaucoup qu'on ne puisse à cet égard le considérer comme définitivement hors de danger.

La lecture de cette observation soulève plusieurs questions importantes : Nous y voyons une tumeur présentant les caractères anatomiques d'une tumeur mixte, partie chondrome, partie sarcome, repulluler, en effet, après une première opération partielle; récidiver après une extirpation en apparence très complète; puis être définitivement éloignée par une troisième opération. Nous sommes donc amenés à nous demander si cette constitution complexe et cette tendance à la repullulation sont l'indice d'une malignité réelle; si les mêmes particularités de structure et d'évolution se retrouvent dans l'histoire de toutes les tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur, ou si ces tumeurs présentent des variétés suivant leur nature impliquant des différences notables dans le

pronostic qu'elles entraînent. Il nous faut également examiner si ce que nous savons de l'évolution éloignée de ces tumeurs nous permet de nous prononcer sur le caractère définitif de la guérison obtenue par M. Kirmisson, et rechercher les meilleurs moyens de prévenir les récidives en appréciant à ce point de vue l'intervention hardie que l'auteur a fait porter à la fois sur les deux os maxillaires supérieurs.

Pour éclairer cette discussion, j'ai réuni tous les cas que j'ai pu trouver publiés de tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur. Celles-ci sont assez rares; moins pourtant que ne l'ont admis les auteurs qui s'en sont occupés. O. Weber (*Die Exostosen und Enchondrome*, Bonn, 1856), sur 190 cas de chondromes, n'a trouvé que 15 tumeurs semblables siégeant au maxillaire inférieur, 8 seulement appartenant au maxillaire supérieur. O. Heyfelder, dans un travail sur les tumeurs cartilagineuses de cet os, n'a pu rassembler que 8 cas sur un total de 450 observations d'affections diverses du maxillaire comprenant 74 cas de carcinome, 48 de sarcome, etc..., et même plusieurs de ces faits, comme quelques-uns de ceux qu'a réunis O. Weber, sont-ils d'une interprétation au moins douteuse. Pour ma part, j'ai pu sans grande peine trouver 30 observations données par les auteurs comme des exemples de tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur, et je suis convaincu que j'eusse pu en présenter une liste plus longue encore, si le temps m'eût permis de mener plus loin ces recherches. Ce sont ces observations que j'ai résumées dans le tableau synoptique ci-joint et que je vais discuter et étudier au point de vue qui nous occupe.

1. *Considérations anatomiques*. — De ces 30 faits, 31 en y comptant l'observation inédite de M. Kirmisson, nous devrons retrancher 2 cas où la tumeur ne paraît pas s'être originellement développée dans le maxillaire. L'un est le cas de Paget, où l'ethmoïde avait été le siège primitif de l'affection, qui n'aurait envahi que consécutivement le maxillaire supérieur; l'autre est celui de M. Richet, qui pratiqua la résection du maxillaire supérieur pour enlever un polype naso-pharyngien cartilagineux; rien, dans les détails transmis par l'auteur, ne permet d'affirmer que cet os ait été le point de départ du développement du chondrome en question.

Trois autres faits me paraissent improprement rangés parmi les cas de chondrome. L'un est le premier de ceux publiés par Stanley, et dans lequel la tumeur considérée par cet auteur comme un chondrome rétrocéda sous l'influence d'applications d'iodure de potassium et d'iode à sa surface. Peut-on concevoir que Heath, dont le bel ouvrage : *Injuries and diseases of the jaws*, fait en quelque

AUTEURS.	SEXE et âge.	POINT DE DÉPART de la tumeur.	DURÉE.	VOLUME, DÉFORMATIONS : développement et envahissements.	OPÉRATIONS PRATIQUÉES.	RÉCIDIVES.	TERMINAISON.	NATURE DE LA TUMEUR.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
Burger 1797	Femme, 30 ans.	Face antérieure du maxillaire droit.	4 mois.	Destruction de tout le maxillaire, envahissement des fosses nasales, de la bouche, de l'orbite et du crâne.	Ablations partielles.	»	Mort par épuisement.	Tumeur lardacée avec des noyaux cartilagineux et des points d'ossification (Knochenspeckgeschwulst).	*Hufeland's Journal*, 1797, vol. V, p. 132.
Gensoul 1833	Homme, 17 ans.	Fosse canine gauche.	8 ans.	Distension de tout le côté gauche de la face.	Résection du maxillaire supérieur gauche.	»	Guérison durable.	Tumeur fibro-cartilagineuse homogène.	Lettre chirurgicale sur quelques maladies graves du sinus maxillaire. Paris, J.-B. Baillère 1833, p. 15.
Morgan........ 1836	Homme, 24 ans.	Narine droite.	16 ans.	Envahissement des fosses nasales de la bouche, de l'orbite.	Extirpation probablement incomplète de la tumeur.	Récidive colossale et mort 7 ans après.	Mort.	Substance spongieuse avec coque osseuse (donné par Paget comme un chondrome).	*Guy's Hosp. Rep.*, 1836, vol. I, p. 403; *idem*, 1842, vol. VII, p. 491.
O'Saughnessy.. 1837	Homme, 21 ans.	Bord alvéolaire gauche.	1 an.	La tumeur cache l'œil, refoule en bas le menton jusqu'au sternum, fait disparaître la saillie du nez.	Résection totale du maxillaire supérieur et de l'os malaire gauche, et d'une partie (voûte palatine, bord alvéolaire) du maxillaire supérieur droit.	»	Guérison, sans détails ultérieurs.	Fibro-cartilagineuse avec mince coque osseuse : pas d'ossification centrale.	Heath ; *Injuries and diseases of the Jaws*, London, 1868 ; appendix, cas XX, p. 379.
Fergusson..... 1847	Homme,	Bord alvéolaire gauche.	»	Le sinus et le maxillaire supérieur entier.	1re opération, résection du bord alvéolaire. 2e opération, résection du maxillaire supérieur et de l'os malaire. 3e opération, extirpation d'une récidive.	2 récidives.	Guérison, sans détails ultérieurs.	Fibro-cartilagineuse avec une enveloppe fibreuse.	*Pathological transact.*, 2d session, vol. I, 1847, 1848, p. 312.
Langenbeck ... 1848	Homme, 14 ans.	Apophyse nasale du maxillaire supérieur gauche.	1 an.	Refoulait la cloison et la voûte palatine.	Résection de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur.	»	Guérison, pas de détails.	Chondrome à grosses cellules ; hyalin et ossifiant.	Cité par O. Heyfelder : *die Resectionen des Oberkiefers*, Berlin, 1857, p. 28.
Stanley........ 1849	Femme, 28 ans.	Bord alvéolaire.	Plusieurs mois.	Face externe du maxillaire supérieur.	Applications externes de KIO, puis d'iode.	»	Guérison.	Diagnostic contestable.	*Treatise on diseases of the bones*, London, 1849, p. 246.
Stanley 1849	Homme, 14 ans.	Maxillaire supérieur.	Courte.	Occupe le sinus maxillaire, la fosse nasale, l'orbite et pénètre dans le crâne.	Point.	»	Mort.	Formée d'une partie postérieure cartilagineuse avec ossification partielle. L'antérieure vasculaire sarcomateuse.	*Idem.* Atlas, pl. XIII, fig. 4, et pl. XVII, fig. 3.
Schuh......... 1851	»	Face antérieure du maxillaire supérieur.	»	Envahissement circonscrit du sinus maxillaire.	Ablation, sans détails.	»	Pas de détails.	Chondrome en voie d'ossification ; sans détails.	*Ueber die Kenntniss der Pseudoplasmen*, Wien, 1851, p. 110.
Schuh......... 1851	»	Face antérieure du maxillaire supérieur.	»	Envahissement de tout le sinus : refoulement en bas de la voûte palatine.	Ablation, sans détails.	»	Pas de détails.	Chondrome en voie d'ossification ; sans détails.	*Idem.*

AUTEURS.	SEXE et âge.	POINT DE DÉPART de la tumeur.	DURÉE.	VOLUME, DÉFORMATIONS : développement et envahissements.	OPÉRATIONS PRATIQUÉES.	RÉCIDIVES.	TERMINAISON.	NATURE DE LA TUMEUR.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
Langenbeck... 1852	Homme, 26 ans.	Face antérieure du maxillaire supérieur.	7 ans.	Face antérieure du maxillaire supérieur et apophyse nasale.	Ablation avec résection de la face antérieure du maxillaire supérieur et de l'apophyse nasale.	2 récidives antérieures.	Guérison, sans aucun détail.	Chondrome du volume d'une pomme (pas de détails).	O. Heyfelder, *loc. cit.*, p. 28.
Partridge...... 1852	Homme, 19 ans.	Face antérieure et apophyse nasale.	20 mois.	Face antérieure du maxillaire supérieur et apophyse nasale.	1re extirpation 8 mois après le début ; 2e au bout de 20 mois.	1 récidive après la 1re opération.	Guérison datant de quelques mois à peine.	Osteo-cartilaginous tumour (sans autres détails).	Recurence of an osteo-cartilaginous tumour, etc. (*The Lancet* 1852, II, p. 176.
Paget 1853	»	Ethmoïde.	»	Les maxillaires supérieurs furent consécutivement envahis.	»	»	»	Aucun détail.	Cité par Heyfelder, *Dublin quarterly Journ. of. med. sc.* 1857, vol. XXIV, p. 289 (probablement par erreur).
Denucé........ 1853	Femme, 48 ans.	Sinus maxillaire.	1 an.	Le sinus maxillaire et les deux fosses nasales, exorbitisme.	Ablation par Michon (sans détails).	Rien sur les suites.	Inconnue.	Lobules cartilagineux réunis par des cloisons conjonctives toutes vasculaires (Lebert).	*Bulletins de la Soc. anat.*, 1853, t. XXVIII, p. 94.
O. Heyfelder .. 1857	Femme, 56 ans.	Sinus maxillaire gauche.	22 mois.	Le sinus maxillaire gauche détruit, une partie du droit, les deux fosses nasales envahies, la voûte palatine détruite.	Pas d'opération.	»	Mort.	Cellules cartilagineuses normales ou en voie d'ossification, ostéoplastes. Matière intercellulaire fibrillaire.	*Loc. cit.*, p. 27, et *Dublin quarterly Journ. loc. cit.* p. 284.
Trélat-Dolbeau. 1863	Femme, 7 ans.	Sinus maxillaire droit.	18 mois.	Distension énorme du sinus et de tout le maxillaire.	Résection du maxillaire supérieur.	»	Mort par choc opératoire.	Tumeur cartilagineuse avec ossification sous forme de réseau, ou par îlots (t. ostéoïde).	*Bulletins de la Soc. de chir.*, 1863, p. 261 (28 mai 1862).
Richet......... 1864	Femme.	»	»	Cavité naso-pharyngienne.	Résection du maxillaire supérieur avec conservation du bord alvéolaire. Extirpation.	»	Guérison datant de quelques jours.	Polype nasopharyngien formé de tissu cartilagineux.	*Idem*, 1865, p. 299 et 342 (15 juin et 13 juillet 1864).
Collis.......... 1867	Homme, 50 ans.	Bord alvéolaire gauche, ou mieux sinus maxillaire.	36 ans.	Saillie énorme de la joue, voûte palatine refoulée, fosse nasale envahie, vision perdue.	Résection complète du maxillaire supérieur ; une partie de la tumeur est laissée avec le plancher de l'orbite.	»	Guérison encore récente.	Osseuse ; tissu compact, éburné au centre, lamelleux à la surface. La nature cartilagineuse est une hypothèse de l'auteur.	*Dublin quarterly Journ. of. med. sc.*, 1867, t. XLIII, p. 321.
Gurdon Buck.. 1867	Homme, adulte.	Bord alvéolaire droit.	5 ans.	Remplit la bouche entière, dévie le maxillaire inférieur, distend la région parotidienne.	Ablation très laborieuse, avec trachéotomie. On laisse une partie de la tumeur avec le plancher de l'orbite.	»	Mort par choc opératoire.	Enchondrome kystique (sans autres détails).	*New-York Path. Soc.*, 23 mai 1866-1867, I, p. 505.
Moore 1868	Homme, adulte.	Éthmoïde.	»	Deformation de toute la face, double exophtalmie. pénétration dans le crâne.	Ablation.	»	Mort pendant l'opération.	Myxome ossifiant sans cartilage (malgré le titre de cranio-facial enchondroma).	*Path. transactions*, 1868, 3 mars, vol. XIX, p. 332 et 341.
Tillaux 1868	Homme, 29 ans.	Bord alvéolaire gauche.	3 mois.	Bord alvéolaire, de la canine droite à la 2e molaire gauche.	Résection partielle des deux maxillaires.	Pas.	Guérison durable.	Enchondrome avec cellules à divers états de développement (embryonnaires, Ranvier).	*Bulletins de la Soc. de chir.* 1869, p. 161 (22 avril 1868).

AUTEURS.	SEXE et âge.	POINT DE DÉPART de la tumeur.	DURÉE.	VOLUME, DÉFORMATIONS : développement et envahissements.	OPÉRATIONS PRATIQUÉES.	RÉCIDIVES.	TERMINAISON.	NATURE DE LA TUMEUR.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
Heath 1868	Femme, jeune.	Face interne de l'orbite droit.	7 ans.	Distension des deux maxillaires supérieurs, double exophtalmie, déjettement du palais, les sinus, les fosses zygomatiques, etc., envahis.	»	»	Mort.	Composée principalement de cartilage (sans détails).	Heath, *loc cit.*, p. 234.
Heath 1868	Homme, 34 ans.	Côté droit du nez.	17 ans.	Envahit le nez, le pharynx, l'orbite, œil droit luxé.	4 opérations successives d'extirpation sans résection réglée.	3 récidives.	Mort d'érysipèle après la 4e opération.	Cartilage à grandes cellules serrées sans presque de matière interstitielle : les premières parties enlevées étaient ostéo-cartilagineuses.	*Idem*, p. 237.
Santesson 1869	Homme, 31 ans.	Voûte palatine.	3 ans environ.	Envahissement successif des deux maxillaires supérieurs.	5 opérations successives d'extirpation sans résection réglée.	5 récidives.	Mort d'asphyxie.	Enchondrome ordinaire.	Hygiea, 1869, et Lakar. Salls. Forh., p. 214. *Anal. in Canstatt's Jahresb.*, 1870, t. II, p. 361.
Billroth-Czerny 1870	Homme, 40 ans.	Bord alvéolaire gauche.	4 mois.	La face antérieure du maxillaire supérieur.	2 opérations. Résection totale du maxillaire supérieur gauche.	2 récidives.	Mort.	Chondro-fibrome (ou chondro-sarcome) ossifiant (tumeur plexiforme; ostéoïdo).	*Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1869, vol. XI.
Mapother...... 1870	Homme, 33 ans.	Joue gauche.	25 ans.	Envahissement de tout le sinus; exophtalmie.	Résection totale du maxillaire supérieur.	»	Guérison remontant à 2 mois	Chondrome typique.	*Brit. med. Journ.*, 1870, t. I, p. 622.
Ohlemann 1875	Femme, 14 ans.	Sinus maxillaire droit.	»	Distension des sinus, des fosses nasales; exophtalmie.	Résection totale du maxillaire supérieur.	Pas de récidive.	Guérison durable.	Fibro-chondrome avec régression graisseuse des cellules.	*Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1875, vol. XVIII, p. 465 et 473.
Porter......... 1875	Homme, 51 ans.	Bord alvéolaire, ligne médiane.	9 ans.	Symétrique; occupe la partie moyenne de l'arc alvéolaire et le nez.	2 résections successives partielles des deux maxillaires supérieurs, la dernière avec trachéotomie.	1 récidive après la 1re opération.	Guérison récente.	Enchondrome : la tumeur récidivée était plus riche en cellules.	*The Boston med. and surg. Journ.* 1875, t. XCII, p. 18.
Workman 1870	Femme, 25 ans.	Périoste du bord alvéolaire dr.	2 ans environ.	Le bord alvéolaire droit.	Résection du bord alvéolaire.	»	Guérison datant d'un mois.	Chondrome avec de nombreuses cellules fusiformes (l'auteur ne croit pas a un chondro-sarcome).	*Idem.*, p. 553.
Heurtaux...... 1877	Femme, 22 ans.	Paroi interne de la fosse nasale gauche.	5 ans.	Envahissement des arrières narines, sinus maxillaire aplati, perforation palatine, exophtalmie.	Extirpation par voie nasale (résection temporaire) et morcellement.	»	Guérison récente.	Chondrome ou fibro-chondrome.	*Bulletins de la Soc. de chir.*, 1877, p. 627, 7 nov. 1877.
Kirmisson 1883	Homme, 42 ans.	Bord alvéolaire droit.	1 an.	Face antérieure des deux maxillaires supérieurs et narine droite.	3 opérations : resection totale du maxillaire supérieur droit, partielle du gauche. Nouvelle extirpation du gauche.	2 récidives après les deux premières opérations.	Guérison durable.	Chondro-sarcome.	»

sorte autorité en la matière, ait pu se servir de cette observation pour conclure qu'à leur début les chondromes cèdent parfois à l'emploi de moyens de cet ordre? Un autre cas, évidemment détourné de sa signification véritable, est celui de Burger, rapporté dans le *Hufelands Journal* et cité par Otto Weber; la marche de la tumeur, qui en quatre mois détermina la cachexie et la mort, indique suffisamment qu'il ne s'agit pas ici d'un chondrome; du reste la production morbide, décrite par l'auteur comme une tumeur lardacée (*Knochenspeckgeschwulst*), ne renfermait que quelques nodules cartilagineux et était évidemment un sarcome. Enfin C.-H. Moore a publié, sous le nom de *Cranio-facial enchondroma*, l'histoire d'une tumeur qui détruisit la partie supérieure des deux maxillaires et dont l'extirpation entraîna la mort au cours même de l'opération; mais rien, dans la description anatomique du produit pathologique qui était constitué par du myxome ossifiant, ne vient justifier le titre que le chirurgien a mis en tête de sa communication.

Dans un autre fait, donné par Collis comme exemple de chondrome ossifié, l'origine cartilagineuse de la tumeur nous paraît purement et simplement une hypothèse de l'auteur. L'observation anatomique ne nous présente qu'une tumeur osseuse à partie centrale éburnée, à couches périphériques lamelleuses et concentriquement disposées ; mais rien ne nous indique si cet ostéome a procédé de l'ossification d'une tumeur cartilagineuse; nous verrons tout à l'heure que cette modification des chondromes de la mâchoire est assez commune.

Faut-il considérer de même le célèbre cas de Morgan, que tous les auteurs ont admis comme un exemple authentique de tumeur cartilagineuse du maxillaire supérieur? L'observation, à la vérité, reste muette sur l'existence de tissu cartilagineux dans cette production, qui fut enlevée et qui récidiva dans la suite. La tumeur extirpée se composait d'une « coque osseuse renfermant une surface spongieuse qui n'était ni fongueuse ni carcinomateuse »; tels sont les seuls détails que l'auteur nous transmette sur elle. Mais la tumeur récidivée est conservée au musée de *Guy's hospital*, et il doit nous suffire que sir James Paget et que Thomas Bryant, qui l'ont examinée, la classent parmi les chondromes pour que nous nous en rapportions à leur affirmation.

Les 24 observations qui nous restent sont bien réellement des exemples de tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur. Mais tandis que les plus nombreuses (19) peuvent être rangées parmi les chondromes proprement dits, l'examen histologique de quelques-unes d'entre elles doit les faire considérer comme de véritables tumeurs malignes.

Deux cas, celui de Trélat et Dolbeau, de Billroth et Czerny, appartiennent évidemment à la catégorie des tumeurs ostéoïdes. L'examen histologique pratiqué par Broca dans le premier, permit de reconnaître la disposition réticulée qui détermina Billroth à placer le second dans la description qu'il fit des tumeurs plexiformes. Si le résultat de l'analyse microscopique pouvait ici laisser quelques doutes, l'histoire des malades en question suffirait à prouver qu'il s'agissait bien de tumeurs malignes au premier chef. L'opérée de Dolbeau et Trélat mourut du choc opératoire; mais le développement énorme effectué en peu de temps de la tumeur, joint à son ossification, bien plus rapide qu'elle ne survient dans les chondromes ossifiants, indiquait assez la mauvaise nature de l'affection. Quant au malade de Billroth, malgré la résection totale du maxillaire supérieur, il fut atteint d'une récidive qui envahit l'ethmoïde, et une nouvelle opération ne put le préserver d'une nouvelle récidive et de la mort, qui survint au bout de deux mois.

Trois autres observations appartiennent bien certainement à la classe des tumeurs mixtes chondro-sarcomateuses. Dans le cas bien connu de Stanley, la tumeur, qui est déposée au musée de *Saint-Bartholomew's hospital*, se composait de deux lobes; le lobe postérieur était d'apparence cartilagineuse; l'antérieur était très vasculaire et évidemment constitué par du sarcome. La pièce, figurée par Stanley dans son Atlas, est pourtant donnée partout comme un exemple de chondrome du maxillaire supérieur. Le second cas de chondro-sarcome est celui de M. Kirmisson; le troisième est l'observation publiée par Workman, qui présente avec la précédente un trait de ressemblance qu'il importe de relever.

Nous avons vu que M. Kirmisson avait indiqué la moindre proportion d'éléments sarcomateux que renfermait la tumeur récidivée, tandis que le tissu fibro-plastique entrait pour une part plus large dans la constitution de la tumeur originelle. Workman, de même, a cru remarquer que dans les parties les plus anciennes de la tumeur les éléments du sarcome fasciculé faisaient place à du tissu conjonctif adulte, ce qui semblerait indiquer qu'avec le temps les caractères anatomiques de la malignité peuvent s'atténuer et peut-être même disparaître; ce qui pourrait être plus justement interprété en disant que certains de ces chondro-sarcomes présumés ne sont peut-être que des chondro-fibromes en voie de développement. A l'appui de cette idée, faisons observer que chez le malade de M. Kirmisson la tumeur ne se reproduisit pas après l'extirpation de la deuxième récidive. Celui de Workman était opéré depuis trop peu de temps quand l'observation fut publiée, pour qu'on puisse se prononcer sur la validité du résultat.

Les 19 observations qui restent se rapportent à des chondromes

proprement dits; mais ici même nous sommes forcé de faire encore quelques réserves, car la nature du produit pathologique n'est souvent indiquée que par un mot, et, comme on le verra par la suite, les malades qui en ont été débarrassés par une opération n'ont souvent pas été suivis assez longtemps après leur guérison apparente, pour que l'on puisse conclure de l'absence de récidive à la bénignité de l'affection.

Ces chondromes proprement dits présentent eux-mêmes des sous-variétés : Les cas de Langenbeck (1re observation), de Schuh, de Partridge, celui que renferme le musée de Munich, et dont O. Heyfelder a donné la description, le deuxième fait rapporté par Heath, sont des exemples de chondromes ossifiants auxquels il faut ajouter peut-être les cas déjà mentionnés de Morgan et de Collis. La régularité du processus d'ossification et sa lenteur ne permettent pas de confondre les tumeurs de cette nature avec les chondromes ostéoïdes observés par Dolbeau et Trélat, Billroth et Czerny.

Des fibro-chondromes du maxillaire supérieur ont été observés par Gensoul, O'Shaughnessy, Fergusson, Ohlemann et Heurtaux. La proportion de tissu fibreux associé à la matière intercellulaire et aux cellules cartilagineuses n'est généralement pas indiquée, et les auteurs se bornent à caractériser la tumeur par le terme assez vague de tumeur fibro-cartilagineuse.

Enfin, dans les 8 derniers cas il s'agissait de tumeurs constituées exclusivement ou presque exclusivement par du cartilage hyalin: ce sont ceux de Denucé, de Tillaux, de Santesson, de Mapother, de Gurdon Buck, de Porter; la deuxième observation de Langenbeck et la première de Heath, recueillie sur une pièce de *Saint-George's hospital.*

Ces tumeurs, du reste, présentaient des différences nombreuses dans leur constitution et leur structure. Les unes étaient entourées d'une coque osseuse; d'autres étaient encapsulées dans une sorte de kyste fibreux; mais le plus grand nombre étaient dépourvues d'enveloppe et la surface cartilagineuse était directement en contact avec les parties qu'elle refoulait. L'aspect de la tumeur était, en général, lobulé, et la coupe mettait au jour les cloisons conjonctives vasculaires qui s'étendent entre ses lobes et ses lobules. Au microscope les cellules prédominaient, en général, sur la matière interstitielle hyaline ou fibrillaire ; les cellules cartilagineuses elles-mêmes étaient souvent volumineuses et rapprochées les unes des autres (Heath, Langenbeck); dans d'autres cas elles se présentaient à divers degrés de développement, et les éléments embryonnaires étaient même prédominants (Tillaux), fait qui permet d'expliquer certaines particularités du développement de la tumeur.

Ce processus d'ossification, qui donne lieu à la formation des chondromes ossifiants, peut être considéré comme une modification anatomique du tissu cartilagineux. D'autres transformations ont été observées par Ohlemann, qui a trouvé les cellules des chondromes en régression graisseuse; par G. Buck, qui observa au centre de la tumeur qu'il enlevait un kyste volumineux.

Le point de départ et l'implantation exacte de ces chondromes est souvent difficile à préciser; voici, autant que les commémoratifs souvent obscurs m'ont permis d'en juger, les données fournies par les observations à cet égard.

Dans 10 cas le mal s'était développé dans le bord alvéolaire du maxillaire supérieur (O'Shaughnessy, Fergusson, Stanley, Collis, Buck, Tillaux, Billroth, Porter, Kirmisson, Workman); dans 7, il avait pour point de départ la face antérieure de l'os [Burger, Gensoul, Schuh (2 cas), Langenbeck, Partridge, Mapother]; dans 4, c'était le sinus maxillaire (Denucé, O. Heyfelder, Trélat, Dolbeau, Ohlemann); dans 3, l'apophyse nasale (Morgan, Langenbeck, Heath); dans un cas c'était la voûte palatine (Santesson), dans un autre, la paroi externe des fosses nasales (Heurtaux); dans un 3e, la face interne de l'orbite (Heath) qui paraissait lui avoir donné naissance. Trois fois (Richet, Paget, Moore), le chondrome paraissait s'être développé au niveau de l'ethmoïde ou à la base du crâne et n'avoir envahi le maxillaire supérieur que consécutivement.

Le développement ultérieur de ces tumeurs est, moins qu'on ne le pourrait croire, sous la dépendance de leur siège originel. A la vérité, les plus nombreuses, celles du bord alvéolaire et de la face antérieure du maxillaire s'étendent d'abord en surface, font bomber la joue, tomber les dents correspondantes, envahissent de proche en proche la voûte palatine; celles qui se développent à la branche montante du maxillaire supérieur ou à la face interne de l'orbite, produisent plus tôt que les autres l'exorbitisme; celles du sinus maxillaire distendent plus régulièrement ses parois et déterminent les déformations communes avec diverses sortes de tumeurs de cette cavité; mais, au bout d'un temps plus ou moins long, ces différences s'atténuent, et si l'on peut noter que les chondromes de la face antérieure du maxillaire ont plus de tendance à recouvrir l'œil qu'à l'expulser de son orbite, que ceux du bord alvéolaire et du sinus envahissent plutôt les fosses nasales, perforent la voûte palatine, remplissent le pharynx et la cavité buccale, tous plus ou moins, quand ils ont acquis un grand développement, se présentent sous l'aspect dont les observations de Morgan, de O'Shaughnessy, de Stanley, nous montrent le degré le plus complet. A cette période, la cavité buccale peut être envahie au point qu'il

reste à peine un étroit passage pour les aliments sur les côtés de la tumeur, que le maxillaire inférieur ne peut se rapprocher du maxillaire supérieur et parfois même est déjeté de telle sorte que le menton vient appuyer sur le sternum (O'Shaughnessy); les fosses nasales sont oblitérées ; la face est déformée par une tuméfaction colossale qui recouvre l'œil ou qui l'a chassé de l'orbite; la région de la fosse zygomatique et la région parotidienne elles-mêmes peuvent être occupées par les prolongements de la tumeur (Gurdon Buck) qui s'étend d'un sinus maxillaire à l'autre, et du nez, dont la saillie normale a disparu, à la cavité naso-pharyngienne, où elle proémine.

Il ne serait pas sans intérêt de rechercher si le tissu pathologique dont l'accroissement graduel peut atteindre ces proportions énormes a pris naissance dans le périoste ou dans l'os lui-même, et de savoir si ces tumeurs cartilagineuses appartiennent à l'espèce des chondromes périostiques ou à celle des enchondromes ; mais nous n'avons rien trouvé dans les observations qui nous permît d'arriver, sur ce point, à une conviction bien fondée. Le refoulement extrême des parties qui avoisinent la tumeur rend souvent impossible ou tout au moins difficile de juger quel point du squelette en a été le point de départ ; à plus forte raison, de discerner le tissu qui lui a donné naissance. Cependant quelques mots de Burger et de Gensoul sembleraient indiquer que cette origine peut être tout d'abord indépendante du maxillaire lui-même ; Véricel, le sujet de la célèbre observation de Gensoul, affirmait qu'au début la tumeur était mobile et «roulait comme entre deux peaux».Burger est encore plus formel ; il a positivement senti la tumeur, peu après son apparition « hin und wieder beweglich, und keineswegs am Oberkieferknochen festsitzend ». Il est vrai qu'il s'agissait en ce cas d'un sarcome. Quoi qu'il en soit, à côté des tumeurs cartilagineuses d'origine osseuse et de celles qui naissent du périoste, il y aurait peut-être lieu d'en admettre une variété qui se développerait au proche voisinage de l'os, tout en étant tout d'abord indépendante de celui-ci.

Nous aurons à compléter certains points de cette étude anatomique en insistant sur la marche et l'évolution des chondromes du maxillaire supérieur. Le rapide aperçu que nous en avons donné suffit dès à présent à établir que les tumeurs cartilagineuses de cet os présentent, au point de vue de leur structure, une distinction importante suivant qu'elles appartiennent à la catégorie des chondromes proprement dits ou à celle des faux chondromes. Dans celle-ci, nous rangeons les chondromes ostéoïdes, tumeurs franchement malignes et heureusement peu fréquentes ; et les chondrosarcomes ; ces derniers se rapprocheraient bien plus par leur cons-

titution des chondro-fibromes que des sarcomes proprement dits et de la sorte ils appartiendraient aux tumeurs bénignes plutôt qu'aux tumeurs malignes. La classe des chondromes proprement dits comprend le plus grand nombre de faits, et les tumeurs qu'ils constituent se présentent à l'examen histologique comme des tumeurs de bonne nature.

Voyons si l'histoire clinique de ces variétés anatomiques confirme la distinction que semble établir entre elles leur étude au microscope.

II. *Considérations tirées de l'étude clinique.* — La notion de malignité résulte en clinique de l'évolution rapide du produit pathologique ; de l'envahissement des parties voisines qu'il s'assimile en quelque sorte ; de son ulcération avec ses conséquences, suintement, expulsion des portions dégénérées, ramollies ou mortifiées du tissu morbide, hémorragies ; de sa généralisation dans les ganglions lymphatiques ou dans les organes ; enfin, des récidives qu'il présente après qu'on en a pratiqué l'extirpation.

Au point de vue de l'*évolution*, les tumeurs qui nous occupent présentent de notables différences ; mais ici même se retrouve la distinction que nous avons établie entre les faux chondromes et les chondromes proprement dits. Les premiers ont constamment un développement rapide ou même très rapide. Celui-ci pour les 2 observations de chondromes ostéoïde avait duré 4 mois (Billroth et Czerny), 18 mois (Dolbeau et Trélat).Les cas de chondro-sarcomes prêtent à la même remarque : dans le premier, où la tumeur finit par déterminer la mort (2e cas de Stanley), la durée de l'affection n'est pas indiquée d'une manière précise, mais elle fut très courte au dire de l'auteur. Dans les deux cas de MM. Kirmisson et de Workman, elle avait mis 1 et 2 ans à atteindre le volume qu'elle présentait au moment de l'opération. Remarquons qu'il s'agit dans ces deux derniers faits de tumeurs à qui leur structure assignait une bénignité relative.

Les chondromes proprement dits ont souvent affecté une marche lente et même très lente : 3 ans (Santesson), 5 ans (Heurtaux, Gurdon Buck), 7 ans (Langenbeck, Heath), 8 ans (Gensoul), 9 ans (Porter), 16 ans (Morgan), 17 ans (Heath, 2e observation), 25 ans (Mapother), 36 ans (Collis). Pourtant parfois leur évolution a été plus rapide et s'est effectuée en 1 an (O'Shaughnessy, Langenbeck, Denucé) et 2 ans (Hoyfelder, Partridge). Mais il faut remarquer que le plus souvent alors la tumeur n'avait atteint qu'un volume médiocre au moment où elle fut enlevée. Pourtant dans les cas d'O'Shaughnessy, de Denucé et d'O. Heyfelder, il n'en était pas ainsi, et le chondrome dont le premier de ces chirurgiens fit l'abla-

tion est le plus volumineux peut-être dont nous ayons connaissance ; il se rapproche à ce point de vue de la tumeur enlevée par M. Tillaux, et qui, en 3 mois, avait acquis un développement considérable ; l'examen microscopique permit de reconnaître la raison anatomique de cette évolution rapide en montrant que la tumeur renfermait des éléments cellulaires à divers degré de leur évolution, mais surtout un très grand nombre de cellules embryonnaires. Il s'agissait pourtant, et l'évènement le prouva dans la suite, d'un pur chondrome et par conséquent d'une tumeur bénigne, mais d'une tumeur en pleine activité de développement. En était-il de même dans les autres observations que nous venons de citer où l'accroissement avait été rapide et le volume acquis considérable en un court espace de temps ? On peut le supposer ; mais on ne saurait l'affirmer, car les détails histologiques font défaut ; mais n'est-il pas intéressant de retrouver dans l'étude anatomique de tumeurs similaires la cause qui imprime à leur évolution une marche différente? Malgré les quelques obscurités qui règnent encore sur ce point et qui tiennent surtout à l'insuffisance des documents consignés dans les observations, on peut donc résumer ce qui a trait à la marche des tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur en disant que les faux chondromes, chondromes ostéoïdes ou chondro-sarcomes, ont le plus souvent un développement rapide, tandis que l'évolution des chondromes proprement dits est généralement très lente ; et que l'on peut expliquer les cas où ils atteignent en peu de temps un grand volume par une puissance prolifératrice plus grande de leurs éléments cellulaires n'impliquant en aucune façon une malignité véritable.

L'*envahissement* des tissus voisins par le produit pathologique n'a jamais été observé. Si les tumeurs cartilagineuses usent et perforent les parois osseuses, pénètrent dans les cavités de la face et les distendent, c'est le résultat de la pression mécanique qu'elles exercent ; elles restent toujours parfaitement circonscrites et l'on peut même retrouver à leur surface les lamelles osseuses déjetées par leur accroissement graduel ; la peau ou les muqueuses qui les recouvrent restent toujours intactes quoiqu'elles puissent être distendues à l'extrême, et les phénomènes d'*ulcération* y font constamment défaut. Pourtant en plus d'un cas des *suppurations* se sont produites autour de la tumeur ; elles étaient vraisemblablement dues à l'irritation du voisinage déterminée par celle-ci. C'est également à des phénomènes congestifs analogues à ceux que déterminent les polypes naso-pharyngiens qu'il faut rapporter les *hémorragies* qui, dans un cas seulement , celui d'O'Shaughnessy, se répétèrent avec une certaine insistance : quoique des ponctions eussent été pratiquées dans le tissu mor-

bide, celui-ci ne s'était pas ulcéré. C'est également à l'action mécanique exercée par la tumeur sur l'œil ou sur les nerfs optiques (compression, élongation) qu'a été due la *perte de la vision* qui a été assez fréquemment observée (Stanley, Morgan, Collis, Mapother, Ohlemann, Heurtaux); dans le cas d'Heurtaux la faculté visuelle a pu se rétablir en partie après l'extirpation de la tumeur.

Dans trois observations l'on trouve notées la *perforation de la base du crâne* et l'envahissement de la cavité encéphalique. Quoique deux de ces faits (Burger, Moore) n'appartiennent pas aux tumeurs cartilagineuses proprement dites, et que le troisième (Stanley) soit le seul exemple que nous possédions de chondro-sarcome positivement malin, il ne serait pas impossible que des chondromes bénins eux-mêmes arrivassent à déterminer la même lésion, et il faudra toujours avoir présente à l'esprit cette éventualité au moment de leur extirpation, si la tumeur occupe l'orbite ou la partie supérieure des fosses nasales.

Jamais les chondromes vrais ou faux du maxillaire supérieur n'ont déterminé d'*engorgement ganglionnaire;* jamais, à l'autopsie on n'a trouvé de *métastases* dans le squelette ou dans les viscères: toutes les observations sont formelles sur ce point, qui est d'autant plus important à noter, que les exemples de tumeurs cartilagineuses généralisées ne sont point rares.

Ces tumeurs ne présentent donc d'autre caractère clinique de malignité que leurs *récidives*, récidives indiscutables et même fréquentes, dont nous avons à étudier le mode d'apparition et à rechercher les causes.

Des observations de chondrome ostéoïde, l'une est un exemple de récidives réitérées survenues après les opérations les plus largement pratiquées et ayant déterminé la mort (cas de Billroth-Czerny); dans l'autre, la résection du maxillaire supérieur fut suivie de mort rapide (cas de Dolbeau-Trélat).

Sur les 3 cas de chondro-sarcome, la récidive ne fut observée que dans l'un, celui de M. Kirmisson, où elle se fit à deux reprises; dont la seconde, après l'extirpation totale du maxillaire supérieur droit, et partielle du maxillaire opposé. Il est vrai qu'une troisième opération fut suivie d'une guérison durable, qu'avec quelques réserves cependant l'on peut considérer comme définitive : mais nous savons qu'à ce moment la constitution de la tumeur semblait s'être très notablement modifiée, et qu'elle ne renfermait plus que de rares éléments sarcomateux. Dans le cas de Workman, il n'y eut pas de récidive constatée, mais la guérison ne datait que d'un mois quand l'observation fut publiée. Enfin le malade de Stanley mourut des progrès de l'affection sans avoir été opéré. Ainsi les faux chondromes nous donnent, à ce point de vue,

sur 5 cas, 4 où l'opération fut suivie une fois de mort, 2 fois de récidive, dont l'une céda à une nouvelle intervention, et une guérison dont la durée ne saurait être affirmée.

Les 19 observations de chondromes proprement dits nous donnent 7 cas de récidive. Celles-ci furent souvent multiples : il n'y eut, en effet, qu'une récidive dans les cas de Morgan, de Partridge et de Porter, mais 2 dans ceux de Langenbeck et de Fergusson, 3 dans l'observation personnelle de Heath, et jusqu'à 5 dans celle de Santesson. Ces récidives déterminèrent la mort chez les malades de Morgan et de Santesson.

Dans les cas où l'ablation d'un chrondrome vrai a été suivie de récidive, nous voyons que l'opération pratiquée avait été une opération parcimonieuse, une résection partielle ou une simple énucléation de la tumeur. Un seul d'entre eux fait exception, celui de Morgan, où le mal se reproduisit après l'extirpation du maxillaire supérieur entier ; et encore peut-on se demander si celle-ci avait été bien complète, puisque l'auteur dit lui-même que la nature spongieuse de la tumeur permit à la scie de l'entamer aisément. Quoi qu'il en soit, ce ne fut qu'au bout de sept ans que Lochland Shiel, le sujet de cette observation, vint succomber à Guy's Hospital, où l'on conserve encore aujourd'hui le squelette de sa face, déformée par la récidive. L'exemple le plus frappant de ces opérations insuffisantes nous est donné par les observations de Fergusson et de Santesson. Dans la première, on avait d'abord réséqué le bord alvéolaire où s'était développé le chondrome ; puis, celui-ci ayant envahi l'antre d'Highmore, le maxillaire supérieur avec l'os malaire furent enlevés ; peu après une nouvelle récidive s'étant manifestée au niveau de l'apophyse ptérygoïde, il fallut l'extirper à nouveau. Partridge, assistant à la communication qui fut faite de ce cas à la Société pathologique de Londres, fit observer avec raison que, si une nouvelle repullulation se produisait, il faudrait l'attribuer à l'ablation incomplète du mal et non à la nature même du produit pathologique. Dans l'observation publiée par Santesson, le chondrome s'étant développé primitivement à la voûte palatine, on enleva d'abord une partie de celle-ci ; deux ans après, il fallut en réséquer la totalité ; mais déjà une partie de la tumeur adhérait à la base du crâne : elle dut être abandonnée, et, au bout de huit mois, l'on pratiquait la résection partielle du maxillaire supérieur, suivie à 6 mois de distance de l'extirpation du reste de cet os et de la résection partielle de son congénère ; enfin, bientôt on était réduit à retrancher une partie de la tumeur dont le volume menaçait d'asphyxier le malade, qui succombait néanmoins à ce genre de mort au bout de deux mois. Ces détails indiquent clairement le mode de production des récidives en ques-

tion : le chirurgien n'osant se porter d'emblée bien au delà des limites du mal, n'avait fait qu'une ablation incomplète, dont l'effet avait bien plutôt été d'activer le développement du néoplasme ; et plus tard il s'était vu réduit à poursuivre par des opérations successives une repullulation qui le gagnait en quelque sorte de vitesse. Si l'on met en regard de ces cas ceux où la résection totale du maxillaire supérieur a été faite d'emblée, ceux de Gensoul, de Denucé, de Collis, de Mapother, d'Ohlemann, on voit qu'ils ne furent pas suivis de récidive, et l'on peut conclure que celle-ci provient le plus souvent d'une ablation incomplète du mal, due à une opération trop restreinte. Ici, néanmoins, une objection d'une certaine importance s'élève ; parmi les faits donués comme des exemples de guérison, il en est beaucoup qui n'ont été suivis que quelques mois après l'opération prétendue curative, et sur la valeur desquels ne nous éclaire que trop le cas si souvent invoqué de Morgan, où le récidive survint des années après la résection totale du maxillaire. C'est un point sur lequel nous allons revenir en parlant de l'intervention qui est applicable aux tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur. Avant d'aborder ce sujet, résumons ce qui précède et disons que ces tumeurs présentent dans leur marche et dans leur évolution clinique des différences corrélatives à leurs variétés de structure. Les unes, que le microscope nous désigne comme des tumeurs mixtes, de nature plutôt maligne, par leur développement et leur évolution plus rapide et par leur récidive plus fréquente, se rapprochent des tumeurs de mauvaise nature ; les autres, qui se présentent à l'examen histologique comme de vrais chondromes, ont une marche lente et ne se reproduisent probablement pas lorsque leur ablation a été bien complète. Les caractères diffèrents, quand ils se présentent, la marche plus rapide et la repullulation sur place, peuvent vraisemblablement s'expliquer par des modalités dans leur structure et par quelque défaut dans leur traitement. En aucun cas, du reste, elles ne possèdent les unes et les autres les vrais attributs de la malignité, l'envahissement des tissus voisins, l'ulcération, la métastase dans les ganglions et la généralisation dans l'économie. Les tumeurs cartilagineuses de la mâchoire sont donc des tumeurs relativement bénignes.

III. *Considérations relatives au traitement*. — Nous avons vu que lorsqu'on les abandonne à leur évolution naturelle, elles finissent par déterminer la mort par l'obstacle qu'elles apportent à l'accomplissement des fonctions les plus essentielles à l'existence. L'envahissement de la bouche rend l'alimentation impossible ; la saillie que la tumeur fait dans la cavité naso-pharyngienne, plus

encore que l'oblitération des fosses nasales, peut amener l'asphyxie (Santesson). — Inutile d'ajouter qu'elles ne peuvent céder à aucune médication générale ni même aux topiques, et il faut considérer comme plus que douteux le cas, seul de son espèce, où Stanley aurait pu obtenir la guérison d'un chondrome développé à la face extérieure du maxillaire supérieur, par des applications à sa surface d'une pommade à l'iodure de potassium puis à l'iode pur.

Les opérations auxquelles on a eu recours ont consisté dans l'extirpation de la tumeur pratiquée par une résection partielle portant sur l'un des maxillaires supérieurs ou sur les deux; ou par la résection totale d'un de ces os ; par la résection totale de l'un et partielle de l'autre. Enfin, parfois le chirurgien s'est créé une voie pour arriver à l'éradication d'un chondrome profondément situé par la résection temporaire ou définitive d'une partie du squelette de la face.

L'ablation par une résection partielle de l'un des maxillaires supérieurs a été pratiquée par Fergusson (1re opération), Langenbeck et Schuh (chacun dans 2 cas), Partridge, Heath, Santesson, Workman, et M. Leroy des Barres, dans le cas de M. Kirmisson. Cette résection a porté soit sur le bord alvéolaire seul, soit sur une partie plus ou moins considérable de la face antérieure et de l'apophyse nasale du maxillaire, soit sur la voûte palatine : dans le cas de Partridge, elle dut être réitérée, et dans celui de Santesson, comme nous l'avons dit, renouvelée jusqu'à cinq reprises, comprenant chaque fois une proportion plus étendue de l'os intéressé.

La résection partielle portant sur les deux maxillaires supérieurs a été exécutée par M. Tillaux et par Porter.

La résection totale de l'un des deux maxillaires supérieurs se trouve mentionnée dans les observations de Gensoul, Morgan, Fergusson (2e opération), Denucé, Trélat et Dolbeau, Collis, Gurdon Buck, Billroth et Czerny, Mapother et Ohlemann. Rappelons que c'est pour une tumeur cartilagineuse du maxillaire supérieur que Gensoul pratiqua pour la première fois la résection de cet os.

Enfin la résection totale de l'un des maxillaires supérieurs avec résection partielle de l'autre a été faite avec succès par O'Shaughnessy et par M. Kirmisson.

J'ajoute que pour enlever un chondrome rétropharyngien, M. Richet se fraya une voie par la résection du maxillaire supérieur, et que M. Heurtaux eut recours à la résection temporaire du nez pour fragmenter et pour arracher une tumeur cartilagineuse développée aux dépens de la paroi externe des fosses nasales et comblant cette cavité.

Comparant au point de vue de la récidive les ablations par résection partielle aux ablations avec résection totale du maxillaire supérieur, nous trouvons que les premières, notées dans 12 observations, ont donné lieu dans 6 cas à des récidives, dont quelques-unes multiples. Les faits de résection totale, au nombre de 12 également, ne fournissent que 3 cas de récidive. Ainsi qu'on pouvait le prévoir, l'opération large, avec résection totale de l'os malade, expose donc bien moins à la repullulation du mal que l'opération parcimonieuse. Mais ce qu'il est intéressant surtout de faire observer, c'est que les récidives après résection partielle se sont présentées alors qu'il s'agissait de chondromes proprement dits (cas de Fergusson, Langenbeck, Partridge, Heath, Santesson, Porter), tandis que les récidives, au nombre de 3 seulement, qui ont suivi les résections totales du maxillaire supérieur ont été déterminées par un chondrome ostéoïde (Billroth-Czerny), un chondro-sarcome (Kirmisson), et une seule fois par un chondrome ossifiant (cas de Morgan, où l'ablation de la tumeur fut probablement incomplète et où celle-ci ne repullula du reste qu'au bout d'un temps fort long). Dans les autres cas, où la résection totale d'un des maxillaires supérieurs fut pratiquée pour enlever un chondrome proprement dit, la guérison fut considérée comme définitive (Gensoul, Fergusson, Denucé, Collis, Mapother, Ohlemann).

Nous sommes obligé cependant, comme nous l'avons déjà dit, de n'accepter ces résultats qu'avec quelques réserves : si dans les faits observés par Gensoul, Tillaux, Kirmisson et Ohlemann, les opérés furent suivis assez longtemps pour que l'on puisse considérer le résultat comme à peu près certain, dans les autres, l'observation fut hâtivement publiée et les renseignements ultérieurs font défaut. Nous ne saurions donc nous prononcer sur les guérisons qu'ont obtenues O'Shaughnessy, Fergusson, Langenbeck, Schuh, Partridge, Denucé, Richet, Collis, Mapother, Porter, Workman et Heurtaux. Quelle garantie, en effet, peut offrir un fait publié un ou deux mois après l'opération, tandis que nous avons vu, dans le cas de Morgan, la récidive mettre des années à apparaître ?

En regard de ces succès, nous devons placer les 11 cas où l'affection se termina par la mort. Celle-ci survint 4 fois par le fait de l'intervention chirurgicale elle-même ; 1 fois au cours même de l'opération (Moore), 2 fois peu après elle, par collapsus et choc opératoire (Gurdon Buck, Dolbeau-Trélat) ; 1 fois enfin alors que l'opéré semblait en bonne voie de guérison, par érysipèle et infection purulente (Heath, 2e obs.).

Dans les 7 autres cas, la terminaison fatale survint par les pro-

grès de la tumeur, qui, dans 3 d'entre eux, n'avait été l'objet d'aucune tentative d'exérèse (Stanley, Heath, O. Heyfelder), et qui avait récidivé dans les 4 autres (cas de Burger, Morgan, Santesson, Billroth-Czerny) et résisté même à des opérations de plus en plus largement pratiquées.

Ainsi donc l'intervention chirurgicale offre une proportion encore notable de revers; des insuccès opératoires, cas d'opérations suivies de mort prompte, appartenant presque tous aux résections étendues; et des insuccès thérapeutiques, cas d'opérations suivies de récidives, où les interventions ménagées et parcimonieuses, les résections partielles, sont plus particulièrement en cause. Malgré les dangers réels que présentent les premières, elles nous semblent devoir être presque toujours préférées aux secondes par le chirurgien obéissant à l'indication de reculer son intervention le plus loin possible des limites du mal.

Je ne puis aborder la question du manuel et la discussion des procédés à suivre pour mener à bien ces opérations. En présence d'une tumeur colossale, qui déforme le squelette de la face, modifie tous les points de repère, et qui envoie des prolongements variables suivant les cas en diverses directions, on peut mettre à profit le souvenir des opérations pratiquées par d'autres, mais on ne saurait établir de règles précises. La conduite que le chirurgien s'était proposé de suivre devra souvent changer de direction au cours même de l'opération ; la résection du maxillaire supérieur pour l'ablation des tumeurs de cet os est une de celles qui réclament le plus de décision, d'à-propos et de sang-froid. L'observation de M. Kirmisson nous montre qu'elle peut être pratiquée avec le secours de l'anesthésie chloroformique et sans le secours d'aucun des moyens inventés pour empêcher l'introduction du sang dans les voies aériennes (renversement de la tête, tamponnement de la trachée). J'ai pour ma part fait trois résections totales du maxillaire supérieur, chaque fois avec le chloroforme, sans jamais prendre aucune mesure préventive contre l'hémorragie et la pénétration du sang dans la trachée, et je n'ai jamais eu à regretter d'avoir agi de la sorte. La trachéotomie préventive dans certains cas de tumeur énorme, proéminant dans le pharynx, pourrait néanmoins être jugée nécessaire. Gurdon Buck, en un cas semblable, voyant son opéré menacé d'asphyxie, fut contraint d'interrompre la résection qu'il avait entreprise pour ouvrir la trachée.

Pour ce qui est de l'ablation des deux maxillaires supérieurs si heureusement exécutée par l'auteur, nous nous bornerons à renvoyer ceux que ce sujet intéresse à un important mémoire de H. Braun, publié en 1876, dans les *Archivse de Langenbeck*

(Ueber totale doppelte Oberkieferresectionen, par H. Braun, *Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XIX, 4e fasc., p. 728). Nous ne pouvons néanmoins nous dispenser de signaler le procédé mis en usage par M. Kirmisson, qui, au lieu de chercher à détacher d'un seul morceau toute l'étendue des deux maxillaires supérieurs envahis par la tumeur, pratiqua d'abord la résection du maxillaire supérieur droit, et, par la large perte de substance créée par cette ablation, put facilement extirper ce qu'il jugea nécessaire d'enlever du maxillaire supérieur gauche. Cette manière de procéder paraît simplifier notablement l'opération, et elle n'exige que des incisions relativement assez restreintes. Quant à la restauration si complète des parties notées par M. Kirmisson, elle est en pareil cas la règle : la perte de substance de la voûte palatine s'oblitère presque tout à fait, à part une perforation de peu d'étendue que l'on peut combler avec un obturateur, et la face elle-même n'est pas déformée lorsqu'on a eu soin de ménager autant que possible le squelette du nez et les apophyses montantes des maxillaires.

En terminant cette longue étude, je chercherai à en résumer les traits principaux dans les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur sont plus communes que les travaux antérieurs ne sembleraient le faire admettre ;

2° Elles se divisent en faux chondromes et en chondromes proprement dits ; ceux-ci sont de beaucoup les plus fréquents ;

3° Les faux chondromes sont tantôt des tumeurs ostéoïdes, tumeurs réellement malignes, tantôt des chondro-sarcomes qui paraissent participer en une certaine mesure de la bénignité des chondromes proprement dits ;

4° Les vrais chondromes ont une marche généralement lente : ils peuvent acquérir un développement énorme, mais ils n'envahissent jamais les tissus voisins, ils ne s'ulcèrent point, ils ne se généralisent ni dans les ganglions, ni dans le reste de l'économie ;

5° Les récidives sont fréquentes, soit pour les chondro-sarcomes, soit pour les chondromes proprement dits. Ces derniers paraissent ne pas se reproduire quand l'extirpation en a été faite d'une manière complète. Les chondro-sarcomes et surtout les chondromes ostéoïdes ont une tendance beaucoup plus grande à la récidive, même après les opérations très largement conduites ;

6° A ce point de vue, la résection totale du maxillaire supérieur paraît devoir être préférée aux résections partielles ou aux tentatives d'énucléation de la tumeur.

M. VERNEUIL. Je désirerais prendre la parole à propos du rapport que vous venez d'entendre, mais la Société devant se former en comité secret, je m'inscris pour la prochaine séance.

Présentation de malade.

Varices du membre supérieur.

M. H. BOUSQUET, professeur agrégé au Val-de-Grâce, présente un malade atteint de varices du membre supérieur droit.

B... (Jules), âgé de 20 ans, porte sur tout le membre supérieur droit d'énormes paquets variqueux. Partant du poignet, les dilatations morbides gagnent le creux axillaire en serpentant, puis vont former un lacis très développé dans la région pectorale et en arrière de l'omoplate. A l'avant-bras, les varices sont spécialement situées sur le trajet des veines de la région interne, au bras, deux ou trois masses bleuâtres se voient à la région externe, tandis qu'à la partie interne sur le trajet de la basilique on trouve de grosses veines serpentines, du volume du pouce. En déprimant profondément les tissus, les doigts arrivent sur l'artère humérale, dont les battements sont faciles à percevoir; les veines qui l'accompagnent paraissent saines.

En quittant le membre supérieur les varices s'enfoncent dans le creux axillaire,où elles forment une tumeur bleuâtre, molle, mamelonnée, réductible, comparable comme volume et comme aspect à certains lymphadénomes. La région pectorale tout entière est marbrée de points bleuâtres, les téguments sont soulevés, en sorte que le sein du côté malade présente des dimensions notablement supérieures à celles du côté sain. En arrière, le long du bord externe de l'omoplate, existent encore quelques masses bleuâtres.

En palpant les parties on découvre, de distance en distance, de petits corps durs qui, à travers les téguments donnent une sensation absolument comparable à celle que l'on éprouve lorsqu'on examine un individu dans le tissu cellulaire duquel se sont logés des grains de plomb; ces petits corps sont probablement des phlébolites, un certain nombre se sont localisés dans la partie inféro-externe du bras au-dessus de l'épicondyle.

Le système veineux ne présente aucune autre altération morbide, ce eune homme que nous avons vu au conseil de revision a les veines des membres inférieurs et du corps en parfait état. Bernard est très affirmatif, relativement à l'origine de son mal : sa mère, dit-il, lui a raconté qu'au deuxième jour de sa naissance, elle avait commencé à être inquiète sur cette singulière affection : un médecin consulté déclara ne pas savoir ce dont il s'agissait : ultérieurement un autre médecin reconnut la présence de varices et rassura les parents. Ce jeune homme

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 42 6 85. *Le Gérant :* G. MASSON.

ne semble pas être gêné par l'existence de ces paquets veineux, les muscles du membre droit sont tout aussi développés que ceux du gauche; nous avons recherché à l'aide du dynamomètre l'état de ses forces : à droite, côté variqueux, il développe une pression de 55 kilos, à gauche elle est égale à 50 kilos seulement. La sensibilité est parfaitement conservée et nous ne découvrons aucun indice de troubles nerveux. Au dire de notre jeune recrue, ces varicosités n'ont pas sensiblement augmenté depuis son jeune âge; cependant lorsqu'il fait un effort quelconque ces paquets augmentent de volume et deviennent plus manifestes.

La percussion et l'auscultation de la poitrine ne révèlent rien d'anormal.

Présentation de malade.

M. Monod présente un jeune enfant atteint de kéloïde cicatricielle du cou, développée à la suite de brûlure, et demande l'avis des membres de la Société au sujet de l'opportunité d'une opération

A 4 heures 30 minutes la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bouilly sur les titres de candidats à une place de membre titulaire.

Le Secrétaire,
Gillette.

Séance du 13 mai 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° M. Fleury (de Clermont), membre correspondant, envoie une observation intitulée : *Plaie dans la région temporale du côté gauche par coup de pied de cheval; commotion et probablement contusion légère du cerveau*, etc.

2° M. le Dr Cauvy (de Béziers) envoie une observation : *Rupture de l'urètre survenue à la suite d'une dislocation de la symphyse du pubis ; rétention d'urine ; six ponctions hypogastriques ; périnestomie; guérison* (sera lue dans une prochaine séance).

4° M. le Dr Cauchois (de Rouen) : *De l'ovariotomie dans les kystes para-ovariens* (MM. Sée, Cruvelhier et Polaillon, rapporteur).

5° M. le Dr Stocquart (de Bruxelles): *Traitement chirurgical de l'ongle incarné* (M. Lucas-Championnière, rapporteur).

M. le secrétaire général donne lecture de l'observation envoyée par M. Fleury.

Plaie dans la région temporale du côté gauche à deux travers de doigt au-dessus de l'oreille par coup de pied de cheval.—Commotion et probablement contusion légère du cerveau (observation résumée),

par M. Fleury (de Clermont), membre correspondant.

B..., 23 ans, reçoit, le 7 décembre 1884, un coup de pied de cheval à la tempe gauche ; perte de connaissance ; il n'est conduit à l'hôpital de Clermont que le 21 décembre, par crainte du transport. A son entrée, il présente les signes d'une commotion cérébrale avec contusion probablement légère ; les os ne sont pas dénudés. Des accidents de méningo-encéphalite apparus le 22 décembre cèdent au chloral et à l'émétique en lavage ; mais l'état local s'aggrave, un abcès se forme ; l'os est dénudé ; on sent un enfoncement manifeste de la paroi crânienne. Malgré tout, la réparation se fait et B... semble guéri, sauf une perte complète de la mémoire des mots, quand il succomba, en avril dernier, à une variole confluente. L'autopsie montre une dépression très nette du pariétal enfoncé et soudé ; l'enfoncement est étendu, mais peu prononcé. Les méninges dans le point correspondant sont adhérentes au cerveau, aplati, déprimé, induré. Est-ce là la cause de la perte de la mémoire des mots ? De tels faits sont peu communs. Le crâne présente de plus deux petites ouvertures ovalaires, sur les côtés de la suture sagittale ; elles donnaient passage à des vaisseaux volumineux. Cette anomalie semble assez rare à M. Fleury.

M. le président annonce que M. Azam (de Bordeaux), membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal et de la discussion sur les tumeurs du maxillaire supérieur.

M. Verneuil, à propos du rapport de M. Berger, communique à la Société le fait suivant :

Enchondrome du maxillaire supérieur.

L. B..., 59 ans, journalière, grasse, robuste, jouissant d'une excellente santé, malgré quelques manifestations arthritiques, entre à la Pitié, le 16 mars 1885, pour se faire opérer d'une tumeur du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure.

Cette tumeur, du volume d'une petite noix, légèrement aplatie d'avant en arrière, occupe exactement la ligne médiane ; elle soulève un peu la lèvre supérieure et en arrière se prolonge sur la voûte palatine. Elle s'insère par une sorte de pédicule du volume de la dernière phalange du petit doigt, sur le bord alvéolaire, écartant deux incisives et surmontée elle-même par une troisième dent de cette espèce.

D'une dureté considérable et d'une indolence absolue, la production morbide cause seulement un peu de gêne dans la mastication et la parole ; son début remonte à 12 ans environ ; sa cause reste inconnue; son développement a été régulier et fort lent.

L'opération est pratiquée le 23 mars ; les deux incisives ébranlées qui côtoient la tumeur sont arrachées avec la pince de Liston ; on pratique sur le bord alvéolaire deux sections un peu obliques qu'on réunit au niveau du frein de la lèvre supérieure par une troisième section horizontale ; on enlève ainsi un segment trapézoïde du bord alvéolaire qui comprend largement l'insertion de la tumeur.

Guérison rapide; sortie le 1er avril.

Voici la note qu'a remise M. Nepveu :

Histologiquement, il s'agit d'une tumeur mixte, c'est-à-dire d'un fibro-chondrome avec pointe d'ossification disséminée. Les dépôts osseux présentent des ostéoplastes bien caractérisés ; ils sont perdus dans une gangue fibro-cartilagineuse qui constitue d'ailleurs la plus grande partie de la tumeur.

J'avais fait allusion, dans la dernière séance, à une autre observation insérée dans la thèse de M. Ed. Baudrimont, *sur la méthode nasale dans le traitement des polypes naso-pharyngiens*, 1869, page 44 ; mais vérification faite, l'enchondrome semblant avoir eu son origine dans l'ethmoïde et n'avoir envahi que secondairement la région maxillaire, ce cas ne rentre pas dans le sujet actuellement en question.

Présentation de pièce.

M. Poulet, à propos des tumeurs du maxillaire supérieur, présente une pièce recueillie sur le cadavre d'un aliéné. Il s'agit d'une *tumeur éburnée*, exclusivement osseuse, qui a trans-

formé toute la moitié droite de la face en une masse osseuse tubériforme, grosse comme le poing. Il n'existe plus trace du sinus maxillaire, et les fosses nasales sont oblitérées ; le maxillaire du côté droit est déjà en partie hypertrophié. En arrière, la tumeur s'avance jusqu'au pharynx ; en haut elle atteint l'ethmoïde et l'orbite. Selon toute probabilité, cette affection est l'hypertrophie diffuse des os de la face ou leontiasis ossea à la première période. M. Poulet pense que cette tumeur serait dans une certaine mesure justiciable d'une résection qui intéresserait les deux maxillaires. Cette pièce sera déposée au musée du Val-de-Grâce.

M. Berger. La pièce de M. Poulet me paraît en effet être un cas d'hypertrophie diffuse des os de la face, puisque la voûte palatine et l'autre maxillaire sont envahis. En tous les cas, l'état actuel de la pièce ne permet pas de se prononcer en faveur de l'opinion d'après laquelle ce malade aurait été atteint d'un chondrome ossifiant. On pourrait bien plutôt se prononcer en faveur de l'opinion opposée, parce que de semblables chondromes n'acquièrent jamais un aspect osseux d'une pareille netteté.

Quant à la tumeur dont M. Verneuil vient de rapporter l'observation, c'est un fibro-chondrome. Paget en a opéré un cas, et Richet, en 1864, a pratiqué la résection du maxillaire supérieur pour un fait analogue. Le malade a été présenté à la Société de chirurgie.

A propos du procès-verbal et de la discussion sur les kéloïdes.

M. Monod. Dans la dernière séance, j'ai présenté un enfant atteint d'une volumineuse kéloïde cicatricielle du cou, très exactement pédiculée, développée à la suite d'une brûlure. Le comité secret, qui a suivi la séance, n'a pas permis de discuter le cas, mais j'ai pu me convaincre, par des conversations particulières, que nos collègues étaient loin d'être d'accord au sujet de l'indication opératoire. Quelques-uns m'ont dit : Faites tout ce que vous voudrez, excepté une opération. D'autres, au contraire, se sont étonnés qu'on pût hésiter à enlever une semblable tumeur. J'ai pensé qu'en raison de la divergence d'opinions qui s'était manifestée à propos de cette tumeur, il ne serait pas sans intérêt qu'une discussion s'engage à cet égard.

Pour mon compte, j'estime que dans le cas particulier, en raison de la présence du pédicule et de la facilité toute spéciale de l'opération, c'est à elle qu'il faut d'abord avoir recours, quitte, par la suite, à surveiller la récidive et la traiter par d'autres moyens dans le cas où elle se produirait.

M. Le Dentu. Je me rallie à l'opinion qui veut que l'abstention opératoire soit de règle en cas de kéloïde.

Aujourd'hui même, j'ai vu un jeune homme, opéré par M. Richet d'une petite kéloïde, grosse comme une noisette, qui avait récidivé beaucoup plus grosse. Une seconde opération a été suivie du même résultat.

Appelé à donner mes soins à ce malade, j'ai commencé à le traiter par des scarifications. Celles-ci, qui n'ont encore été pratiquées qu'à la partie supérieure, ont suffi pour amener l'affaissement de ce côté.

Toutefois, lorsque la kéloïde est ulcérée ou qu'elle gêne les fonctions d'un membre, je crois qu'il y a avantage à en débarrasser le malade, quitte à employer les scarifications sur la récidive, aussitôt qu'elle se produit. C'est la conduite que j'ai tenue, il y a peu de temps, à propos d'une volumineuse kéloïde de l'aine. Le malade guéri, je l'ai prévenu de la possibilité d'une récidive, l'engageant à venir se faire traiter par le procédé que j'indique, aussitôt qu'il verra la réapparition du mal.

M. Reclus. J'ai eu à soigner à la Salpêtrière une petite fille de 7 ans, ayant une volumineuse kéloïde du menton et du cou développée à la suite d'une brûlure. Cette kéloïde avait une base d'implantation beaucoup plus large que chez la malade de M. Monod.

J'ai fait sur la tumeur une compression continue avec des bandelettes de Vigo, et j'ai administré à la malade des anti-scrofuleux. Elle prenait jusqu'à cinq cuillerées d'huile de morue tous les jours, des bains salés, etc. Le résultat obtenu fut merveilleux ; au bout de deux mois de ce traitement, la tumeur affleurait la peau. L'enfant quitta l'hôpital à ce moment, et depuis elle n'a pas été revue, ce qui est en faveur de la persistance de la guérison.

Dans ces conditions, j'estime qu'avant de traiter une kéloïde par des procédés chirurgicaux, on doit faire contre elle des tentatives médicales.

M. Le Fort. Dans le cas particulier de M. Monod, comme la tumeur est nettement pédiculée, qu'elle est complètement isolée des parties profondes, ainsi que le prouve la mobilité parfaite et la souplesse de la peau à ce niveau, je n'hésiterais pas à proposer une ablation totale suivie de réunion, quitte à surveiller la récidive et à la traiter ensuite par des moyens médicaux.

M. Berger. — En 1880, sur les conseils de M. Besnier, j'ai enlevé une kéloïde du cou identique à celle qui nous a été présentée par M. Monod ; j'avais dépassé de 5 à 6 millimètres les limites du

mal, et cependant, huit mois après, je revoyais la malade avec une récidive plus étendue que la tumeur primitive.

Tout récemment, j'ai eu l'occasion d'observer une kéloïde de l'épaule. M. Besnier, cette fois, m'a déconseillé d'opérer et m'a engagé à essayer les scarifications, mais il ne se faisait pas beaucoup d'illusion au sujet de l'efficacité de ce traitement.

M. Verneuil. C'est moi qui ai dit à M. Monod : Faites tout ce que vous voudrez sur cette tumeur, excepté une opération, parce que la récidive est certaine. Il y a des kéloïdes idiopathiques et des kéloïdes tenant à un état général, syphilis, scrofule, etc., et je dis : Oui, certaines kéloïdes peuvent guérir, mais c'est lorsqu'elles sont liées à cet état général contre lequel on peut exercer, avec quelque efficacité, un traitement général approprié.

Les kéloïdes syphilitiques guérissent par une thérapeutique antisyphilitique très sérieuse ; les kéloïdes scrofuleuses cèdent à un traitement antiscrofuleux. J'ai vu de nombreuses kéloïdes du visage céder à l'emploi des eaux salines, aux badigeonnages iodés et à l'huile de foie de morue.

Par contre, les kéloïdes qui se développent chez les arthritiques résistent au traitement général et récidivent sûrement après l'extirpation. J'ai extirpé et réuni nombre de tumeurs de cette nature sans aucun succès. La seule chose qui puisse présenter quelques chances de succès, c'est la compression élastique de la tumeur. J'ai traité de la sorte, avec M. Hardy, un jeune homme qui, à la suite d'une brûlure, avait eu une kéloïde du pied, large de 12 à 15 centimètres. Après une compression élastique très longtemps continuée, la tumeur a disparu, et M. Hardy m'a appris que la guérison s'était maintenue.

De même, j'ai employé le même procédé contre une large kéloïde récidivée de la région trochantérienne, et j'ai obtenu une guérison durable.

M. Lucas-Championnière. Lorsque la tumeur est tellement volumineuse, que tous les moyens médicaux devront rester inefficaces, je crois qu'on est autorisé à faire l'ablation du néoplasme, quitte à traiter la récidive en profitant du moment où elle sera petite.

Je me sens d'autant plus encouragé à adopter cette méthode, que la récidive est souvent très longue à se produire, surtout si l'on a obtenu une réunion parfaite de la plaie opératoire.

J'ai opéré une femme d'une kéloïde de l'oreille; comme la réunion de la plaie fut aussi exacte que possible, j'ai pu suivre la malade pendant cinq mois, et jusqu'à cette époque, il n'y avait eu aucune récidive. Cette malade avait été guérie une première

fois, mais la réunion n'avait pu être obtenue. La récidive s'était produite avant la cicatrisation complète de la plaie opératoire.

M. Le Fort insiste sur la possibilité d'une opération, la tumeur étant parfaitement limitée et non diffuse comme bien des kéloïdes.

M. Tillaux. Je n'opère pas les kéloïdes, parce que je suis encore sous l'impression des paroles de Nélaton, disant, comme vient de nous dire M. Verneuil : J'ai opéré bien des kéloïdes, mais j'ai toujours constaté qu'elles récidivaient, aussi je n'en opère plus.

M. Berger. Dans le cas auquel j'ai fait allusion tout à l'heure, j'avais obtenu une réunion parfaite, ce qui n'a pas empêché qu'une récidive, d'une grande étendue ne se soit produite pour ainsi dire subitement six à huit mois après l'opération.

M. le président annonce que M. Duménil (de Rouen), membre correspondant, assiste à la séance.

Élection.

On procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire ; sur 31 votants :

M. Humbert obtient	22	voix.
M. Kirmisson	8	—
Bulletin blanc	1	

En conséquence M. le président déclare que M. Humbert est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Rapport.

M. Verneuil fait un rapport sur une observation de M. Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Tétanos traumatique. — Traitement par le chloral à hautes doses. Guérison.

Cette méthode consiste dans la combinaison d'une série de

moyens dont voici les plus importants : placer le malade dans une obscurité profonde, le soustraire à tout bruit, à tout mouvement, l'entourer d'ouate et le placer dans une gouttière de Bonnet, ne lui donner d'autres aliments que des aliments liquides, en un mot lui éviter toutes les causes d'excitation ; lui donner du chloral à très haute dose, pratiquer des injections de morphine, et enfin se bien persuader de ce fait que le tétanos est une maladie à évolution, qu'elle dure au moins de quinze à vingt jours, d'où la nécessité de continuer le traitement fort longtemps, en dépit des améliorations passagères; car quand on se fie à ces améliorations on s'expose à des rechutes, le plus souvent fort graves, et qui entraînent la mort du malade.

Discussion.

M. Richelot. Je partage complètement l'opinion de M. Verneuil sur le traitement du tétanos; ainsi que je l'ai dit dans mon travail sur ce sujet, le chloral est de beaucoup le meilleur des médicaments employés pour combattre cette terrible maladie. Mais à lui seul il est insuffisant et on doit insister sur l'ensemble de précautions minutieuses à prendre : repos complet, calme absolu, silence, obscurité de la chambre, chaleur uniforme, enveloppement dans l'ouate, suppression en un mot de toute cause susceptible de provoquer les actes réflexes.

Je ne suis pas partisan de l'opium, d'une façon générale, parce que ce médicament me paraît congestionner les centres nerveux et aller par conséquent contre le but qu'on se propose. De plus, et toujours à l'effet de supprimer les excitations réflexes, on doit penser au traitement chirurgical, c'est-à-dire à l'amputation d'un doigt même d'un membre blessé, mais au début des accidents.

M. Terrier. Je ne fais aucune objection au traitement préconisé par M. Verneuil, mais je crois devoir émettre des doutes sur l'efficacité réelle du susdit traitement. J'ai eu l'occasion d'administrer le chloral à hautes doses combiné avec les injections de morphine à trois malades de l'hôpital Saint-Antoine, dont un étudiant en médecine, et trois fois l'échec a été complet. La difficulté est d'administrer le médicament par la bouche, car souvent les malades ne peuvent absolument rien avaler, et le moindre essai de déglutition provoque des spasmes, des convulsions et des crises épouvantables.

Donc, quoique ce traitement soit très rationnel, il n'est pas toujours possible de le mettre en pratique ; de plus, si on le donne en lavement, il peut aussi, en raison de sa causticité, déterminer les

douleurs vives et par là des accès convulsifs ; enfin, les tétanos aigus enlèvent parfois les patients en quelques heures, et le médicament par conséquent n'a pas le temps d'agir. J'ajouterais que, dans certains cas de tétanos à forme chronique, on peut se trouver dans l'obligation de pratiquer la trachéotomie pour conjurer l'asphyxie.

M. Marc Sée. Il y a lieu, dans le traitement du tétanos traumatique, de s'occuper de l'état de la plaie, la désinfecter le plus possible, et de pratiquer des pansements qui puissent rester en place très longtemps, quinze jours, trois semaines. L'idéal est celui qui demeurerait indéfiniment pour éviter le refroidissement causé par la nécessité de découvrir les malades.

M. Poncet. J'ai montré, dans une statistique relative aux effets comparatifs des divers moyens de traitements employés contre le tétanos, que c'est le chloral, en effet, qui donne les meilleurs résultats; mais, ce en quoi je diffère de M. Verneuil, c'est sur son mode d'efficacité dans la forme aiguë et la forme chronique. Quand, dans les premiers jours, il y a 40° de température et 110° de pouls, le tétanos est fatalement mortel, ainsi que l'avait très bien dit Percy. Mais, je le répète, l'association du chloral et de la morphine est le meilleur mode de traitement, même dans les cas aigus, où il peut donner de bons résultats. A Strasbourg, j'ai eu plusieurs succès avec 7, 8 et 9 grammes de chloral par jour ; à l'hôpital Saint-Martin, j'ai été moins heureux sur un tétanique ayant eu rapidement 38, 39 et 40°, et j'avais donné jusqu'à 12 et 17 grammes de chloral. Je ne partage pas l'opinion de M. Richelot, relativement à l'action de la morphine, et je ne crois pas que l'opium congestionne le bulbe.

M. Terrier. Je rapporterai ici une expérience qui a peut-être quelque valeur au point de vue de l'efficacité réelle du traitement mixte proposé par M. Verneuil. Une de nos ovariotomisées opérée par M. Périer a été soumise, comme du reste toutes les autres, à une température constante et élevée, entre 18 et 22°, ouate entourant tout le corps, stores de la pièce baissés, tranquillité absolue, précautions minutieuses pour la découvrir et éviter de développer des souffrances par l'ablation des sutures, c'est-à-dire en un mot toutes conditions excellentes pour ne pas être prise de tétanos, et cependant cette malade a été enlevée par le tétanos en 24 heures. Il y a tétanos et tétanos; et je crois que les tétanos suraigus ont les plus grandes chances de ne pas guérir.

M. Verneuil. Alors il ne faut pas traiter le tétanos; avant d'employer le traitement que je préconise, je perdais tous mes malades, depuis que je l'ai mis en usage, j'en guéris la moitié environ ; ai-je

donc toujours l'heureuse chance de ne rencontrer que des tétanos chroniques ?

La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Présentation de malade.

Résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe.

M. Polaillon. J'ai l'honneur de présenter à la Société un homme auquel j'ai pratiqué la *résection tibio-tarsienne*, d'après le procédé que j'ai fait connaître à l'Académie, le 20 septembre 1881. Ce procédé consiste essentiellement à *conserver la malléole externe*.

Cet homme, appelé N... (Jacques), âgé de 52 ans, avait subi, en octobre 1881, une fracture du péroné gauche avec luxation incomplète du pied en dehors. La réduction n'eut pas lieu, et la fracture se consolida dans l'attitude vicieuse du pied. Consécutivement, impossibilité de marcher, douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne et dans les gaines tendineuses, ulcérations de la peau au niveau de la malléole interne.

On peut juger de la déformation de ce pied par le moule que je présente et qui fut fait lorsque le malade entra dans mon service, le 19 mai 1882.

Le 31 mai 1882, je pratiquai la résection tibio-tarsienne pour replacer le pied dans l'axe de la jambe. Je n'entrerai pas dans les détails de cette opération. Qu'il me suffise de dire que dans un premier temps j'enlevai, au-dessus de la malléole externe, un segment du péroné long d'un centimètre et demi, que dans le deuxième temps j'isolai l'extrémité inférieure du tibia, que dans le troisième temps je luxai violemment le pied en dehors de manière à faire saillir les deux os de la jambe, qui furent sectionnés perpendiculairement à l'axe de celle-ci. Le pied ayant été remis en place fut immobilisé par un appareil plâtré.

Aujourd'hui, trois ans après cette résection, on peut constater que le résultat est excellent. Le pied est correctement dans une position normale et le malade appuie directement sur sa face plantaire. La malléole externe, qui a été conservée, s'est soudée au corps du péroné et soutient parfaitement le pied en dehors. Les tendons péroniers passent derrière cette malléole et fonctionnent comme à l'état normal. En dedans, la malléole interne a été réséquée avec toute la surface articulaire du tibia, mais il existe en ce point des tissus fibreux qui complètent la mortaise tibio-péronière.

Les mouvements de flexion et d'extension sont conservés dans une assez grande étendue. Le raccourcissement de la jambe n'est que d'un centimètre, bien qu'un centimètre et demi des deux os, péroné et tibia, ait été réséqué.

Bref, cet homme, qui est employé de commerce, passe une partie de ses journées à marcher. La marche a lieu sans douleur, sans boiterie, sans canne, sans soulier spécial.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
GILLETTE.

Séance du 20 mai 1885.

Présidence de M. S. DUPLAY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications médicales périodiques de la semaine;

2° Les fascicules 3 et 4 du tome XI des *Bulletins et Mémoires de la Société;*

3° *Quelques ostéotomies pratiquées à l'hôpital des Anglais,* brochure par M. le Dr J. DESCHAMPS, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Liège;

4° Le ministère de l'Instruction publique envoie à la Société un exemplaire du discours prononcé par M. GOBLET, le 11 avril 1885, à la session de clôture du Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne, et une circulaire invitant notre président à lui adresser d'*urgence*, pour le Congrès de 1886, la liste des questions choisies par la Société;

5° Une lettre de M. le Dr HUMBERT, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire;

6° Une lettre de M. Stimson (de New-York), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger;

7° M. Duplay offre à la Société, de la part du Dr B. Marta, assistant à la clinique obstétricale de Venise, les brochures suivantes :

L'*Antisepsi nel soprapparto;*

La *Frattura simultanea delle clavicole;*

La *Lussazione anteriore dell'estremità sternale della clavicola;*

Il Galattocele;

Studi clinici sull'ematocele periuterino;

8° M. Farabeuf offre à la Société un exemplaire de son *Manuel opératoire* (remerciements);

9° M. Verneuil dépose, de la part de M. le Dr Dommler, médecin-major de 1re classe, une *Observation de tétanos guéri par le chloral et l'opium à hautes doses* (renvoi à l'examen de M. Verneuil), n° 330;

10° M. Reclus dépose, de la part de M. le Dr Sentez, de Saint-Sever (Landes), un travail intitulé : *Calculs de l'urètre. Extraction, par la voie péritonéale, de trente-deux calculs logés dans la portion prostatique. Guérison* (renvoi à l'examen de M. Reclus), n° 331.

M. le président invite M. Humbert, élu membre titulaire dans la dernière séance, à prendre place parmi ses nouveaux collègues, et à signer la feuille de présence.

Plusieurs orateurs ayant demandé la parole à propos du procès-verbal, afin de reprendre la discussion sur le tétanos entamée à la dernière séance, M. le président décide qu'en raison de l'importance de cette question, elle sera inscrite à l'ordre du jour, et discutée comme telle lorsque son tour viendra.

Rapport.

M. C. Monod lit un rapport sur un travail intitulé :

Note sur la réparation des tendons extenseurs du pouce, par le Dr Ed. Schwartz, chirurgien des hôpitaux.

M. le Dr Schwartz nous présentait, à la fin d'une de nos dernières séances, un malade chez lequel, à l'aide d'un ingénieux procédé, il avait obtenu la restitution des fonctions du pouce perdues à la

suite de la section des tendons extenseurs avec écartement considérable. Certains doutes avaient été manifestés par quelques-uns d'entre nous sur la réalité des résultats annoncés par le Dr Schwartz. Ce malade a été, depuis lors, revu et examiné avec soin. Sa situation a été s'améliorant encore. L'opération pratiquée a véritablement eu un plein succès. L'observation du Dr Schwartz mérite donc, à tous égards, de ne pas tomber en oubli.

Il ne s'agit pas en effet ici seulement d'un de ces cas qui sont aujourd'hui relativement connus, de la simple réunion des deux extrémités d'un tendon divisé. L'intérêt de l'observation du Dr Schwartz réside en ceci, que l'écartement des bouts tendineux était trop considérable pour qu'ils pussent être rapprochés, et qu'il fallait, pour obtenir la réparation fonctionnelle, employer un moyen indirect qui permît de tourner la difficulté. Je dirai, dans un instant, à quel parti s'est arrêté le Dr Schwartz.

C'était chez un homme de 35 ans, blessé, deux mois avant son entrée à l'hôpital, par un éclat de verre. La cicatrice de cette blessure était située au niveau de l'interligne radio-carpien de la main gauche à la partie supérieure de la tabatière anatomique. Elle était souple et libre de toute adhérence avec les parties profondes.

Le pouce est à demi fléchi dans la paume de la main ; la dernière phalange fait presque un angle droit avec la première; celle-ci s'incline légèrement en avant. Tout mouvement de redressement du pouce est absolument impossible.

Les articulations sont intactes, les muscles non paralysés. Il est évident que l'impotence du pouce tient à la section des tendons extenseurs du pouce (long et court extenseurs) qui a dû se produire lors de la blessure dont cet homme porte les traces. Il est au reste possible, à travers la peau mince du dos de la main, de retrouver les bouts périphériques de tendons coupés; ils se présentent au niveau de la partie moyenne du métacarpien sous forme d'une petite nodosité roulant sur l'os et sans adhérences cutanées.

La recherche des tendons divisés et leur suture était en pareil cas évidemment indiquée.

L'opération fut pratiquée le 9 novembre 1884. La bande d'Esmarch appliquée, toutes les précautions antiseptiques étant prises, une incision de 6 centimètres est conduite sur la face postéro-externe du poignet, dépassant en bas le nodule cicatriciel déjà signalé, remontant en haut au delà de la tabatière anatomique.

On met ainsi facilement à découvert les deux bouts inférieurs des tendons, long et court extenseurs presque superposés, terminés en tubercules, et nullement adhérents aux parties périphériques; mais il fut impossible de retrouver les bouts supérieurs. C'est en vain que, pour les atteindre, M. Schwartz prolongea son incision par en

haut, coupa le ligament annulaire dorsal, fit, suivant le conseil du professeur Le Fort, l'*expression* de haut en bas des muscles de l'avant-bras.

Toutes ces tentatives demeuraient sans résultat.

Ce n'est pas la première fois qu'un opérateur se trouvait en pareil embarras. Nous verrons tout à l'heure les moyens qui ont été employés pour en sortir. Celui qui paraît le plus rationnel et qui, en effet, a donné les meilleurs résultats, consiste à réunir l'extrémité périphérique du tendon divisé à un tendon voisin.

Dans un cas analogue à celui de M. Schwartz, notre collègue le professeur Duplay introduisit le bout rompu de l'extenseur du pouce dans le tendon du premier radial préalablement divisé à cet effet, et l'y maintint par une suture. La réunion fut parfaite. Grâce à cet artifice, le pouce récupéra des mouvements d'extension qui lui étaient communiqués par les contractions du muscle radial.

Cette suture, par *anastomose*, n'était pas applicable ici. Il faut en effet, pour qu'elle soit possible, que le bout périphérique du tendon coupé puisse être amené sans effort au contact du tendon de secours. Chez le malade de M. Duplay, la nodosité cicatricielle et tendineuse paraît être sentie dans la tabatière anatomique, c'est-à-dire à peu de distance de l'extrémité supérieure du premier métacarpien; chez celui de M. Schwartz, nous avons vu qu'elle correspondait à la partie moyenne du premier métacarpien.

Il fallait donc, si l'on voulait, en ce cas encore, se servir du premier radial pour suppléer aux corps charnus des extenseurs, trouver un moyen de *prolonger*, pour ainsi dire, son tendon, pour l'amener en contact de l'extrémité rompue de l'extenseur, ou du moins pour combler la distance considérable qui les séparait l'un de l'autre.

Pour y parvenir, M. Schwartz eut l'idée de diviser longitudinalement le tendon du premier radial en deux parties, dont l'une, demeurant fixée au deuxième métacarpien, maintiendrait le tendon et le muscle dans leur situation normale; dont l'autre, désinsérée et devenue libre, pourrait être portée à la rencontre des tendons divisés.

Les détails d'exécution ont ici une grande importance. Je reproduirai donc textuellement cette partie de l'observation.

« Après avoir incisé la paroi synoviale et aponévrotique du premier radial, dit notre auteur, je fis sauter le tendon hors de sa loge, et, à une distance de 4 centimètres environ de son point d'insertion du deuxième métacarpien, je le dédoublai, avec le bistouri glissé à plat, en deux parties, une supérieure et superficielle, que je désinsérai de son insertion osseuse, destinée à être suturée aux deux tendons du pouce; une inférieure ou profonde, que je laissai adhérente au deuxième métacarpien. De cette façon, le tendon du

premier radial était bifide, en forme de fourche. Je reconnus qu'en amenant le pouce dans l'extension légèrement forcée et l'abduction, il me serait possible de suturer sans trop de tiraillements les deux bouts périphériques à la moitié détachée du tendon du premier radial. Après avoir avivé les deux extrémités des extenseurs, je glissai entre elles la portion libre du radial. Un premier point de suture médian passant, en bas, à travers les trois tendons superposés; en haut, à travers le radial, maintint les parties en contact; deux sutures latérales supplémentaires assurèrent une union plus intime encore. Les fils étaient de soie phéniquée. Cela fait, et le pouce étant tenu dans l'attitude la plus favorable au moindre tiraillement des tendons, je refermai l'incision; je drainai avec des crins de Florence, et j'appliquai par-dessus le tout un pansement antiseptique. Le pouce fut maintenu en extension forcée et en abduction à l'aide d'une attelle coudée en fil de fer garnie d'ouate. »

La réunion par première intention ne fut pas parfaite. La plaie se désunit dans sa partie supérieure; il y eut même une exfoliation de la couche superficielle du radial. Malgré tout cependant, les parties rapprochées restèrent en contact, et il se fit une union solide entre les trois extrémités tendineuses.

Un mois après l'opération (le 7 décembre), la cicatrisation est complète et l'on peut constater les résultats suivants, qui n'ont fait que s'améliorer depuis lors :

Le pouce est étendu comme celui du côté opposé. Il peut se fléchir et s'étendre, mais le mouvement d'extension se passe en deux temps; dans le premier, le pouce se rapproche de l'index; dans le second, il se redresse.

Ce double mouvement résulte sans doute du transport, en dehors de l'axe du pouce, de la force qui agit sur lui. Le tendon du radial aborde obliquement la phalange et le métacarpien qui la supporte; le premier effet de la contraction du muscle doit être de les attirer vers lui, c'est-à-dire vers l'axe de la main. C'est seulement lorsqu'un obstacle mécanique, la rencontre du 2e métacarpien et des parties molles qui le recouvrent, s'oppose à la progression du mouvement en ce sens que, l'action musculaire continuant son effet, l'entraînement des doigts en extension peut se produire.

Un mois plus tard (le 10 janvier 1885), à la suite d'un traitement approprié (électrisation, frictions, massages), motivé par l'atrophie des muscles de l'avant-bras, l'énergie des mouvements du doigt avait augmenté.

C'est en cet état que le malade vous a été présenté par M. Schwartz. Vous avez pu constater que la cicatrice cutanée était fort peu adhérente aux parties profondes et que ce n'était

certainement pas par son intermédiaire que se faisait la transmission des mouvements.

Mais l'on pouvait se demander si ceux-ci étaient bien dus à la contraction du radial.

Duchenne (de Boulogne) a, en effet, établi dans ses intéressantes recherches que les muscles de l'éminence thénar concouraient au mouvement d'extension de la 2e phalange du pouce; que ce mouvement pouvait se produire, alors même que le long extenseur du pouce était paralysé, à condition toutefois que le 1er métacarpien fût placé en adduction et la première phalange maintenue en flexion [1].

Or, M. Schwartz reconnaît lui-même qu'au début du moins « l'extension complète du pouce se produisait péniblement, pour peu que le pouce fût en abduction; en adduction, au contraire, le blessé fléchissait et étendait son pouce à merveille ». Il était donc permis de penser que les muscles de l'éminence thénar (court abducteur et portion externe du court fléchisseur), unis, comme l'a montré Duchenne, par des expansions aponévrotiques au tendon du long extenseur, contribuaient pour une part importante au redressement du pouce et particulièrement de la deuxième phalange.

Mais à un examen ultérieur M. Schwartz a pu s'assurer que l'action propre du radial sur le tendon du long extenseur n'en était pas moins réelle et très importante. Maintenant le pouce écarté de la main, la phalangine fléchie sur la phalange et celle-ci sur le métacarpien, il a pu voir que la faradisation du premier radial à l'avant-bras redressait peu à peu les deux phalanges. De plus, il était facile de sentir sous la peau, au niveau de la cicatrice, une corde tendineuse animée d'un mouvement de va-et-vient lors des mouvements volontaires de flexion et d'extension du pouce. Enfin, en luxant en dedans hors de sa gaine cette corde tendineuse, le pouce était rejeté vers l'index. Il n'était donc pas douteux qu'il y eût une réelle continuité entre le tendon du radial et celui des extenseurs du pouce.

En somme, et quelle que soit l'interprétation physiologique à laquelle on veuille s'arrêter, un fait demeure certain, c'est que le blessé de M. Schwartz, le 26 février dernier, près de quatre mois après l'opération subie, se servait bien de sa main, qu'il fléchissait et étendait son pouce à son gré, qu'au repos le doigt restait étendu. Il conservait cependant une flexion légère dans l'articulation métacarpo-phalangienne, due à la tonicité des fléchisseurs, plus puis-

[1] Duchenne (de Boulogne), *Physiologie des mouvements.* Paris, 1867, p. 216 et suiv. Voy. en particulier p. 224 et 317.

sants que le premier radial, et un peu de difficulté pour l'abduction extrême.

Si l'on compare cet état à l'impotence absolue qui existait avant l'opération, on jugera du bénéfice acquis.

Pour mieux faire sentir le service qu'il a rendu à son malade, M. Schwartz rapproche de ce fait une seconde observation très analogue recueillie à une époque antérieure, dans laquelle il lui fut aussi tout à fait impossible de retrouver l'extrémité supérieure du tendon long extenseur, rompu. Il n'eut pas l'idée, cette fois, de la suture par anastomose, et le blessé demeura avec son impotence, la deuxième phalange était en flexion permanente et ne pouvait être légèrement étendue qu'à la faveur d'un vigoureux mouvement d'adduction, permettant de suivre l'action des muscles de l'éminence thénar. M. Schwartz dut, pour remédier à cette infirmité et à la gêne considérable qui en résultait, faire porter à ce malade un appareil à traction élastique dont il donne la description.

Je disais tout à l'heure que la difficulté si heureusement surmontée par M. Schwartz chez son premier malade, résultant soit de la trop grande distance qui sépare les deux extrémités du tendon sectionné, soit de l'impossibilité absolue de retrouver le bout supérieur, s'était déjà présentée plusieurs fois aux opérateurs.

Le Dr Rochas, dans son excellente thèse [1], et M. Schwartz lui-même, dans l'article Tendon du *Dict. de Médec. et de Chirurgie pratiques* [2], ont réuni la plupart des faits de ce genre. Ils ont très bien montré qu'en pareil cas, toutes les fois que ce sera possible, il faudra avoir recours à la suture par anastomoses.

Ce procédé déjà employé, au dire de Velpeau, par Missa et par Champion [3], a, tout récemment, entre les mains de nos collègues Tillaux [4], Polaillon [5], Duplay [6], donné les meilleurs résultats.

Mais il n'est pas toujours applicable, soit parce que l'on ne peut trouver au voisinage de la blessure un tendon qui puisse être utilisé, soit que celui-ci soit trop éloigné pour qu'une union solide puisse être espérée.

Dans un cas semblable, M. Benjamin Anger s'est contenté de rapprocher, autant que faire se pouvait, les deux extrémités du tendon rompu et les maintint à distance l'une de l'autre, mais dans

[1] Rochas, De la suture des tendons (*Thèse de Paris*, 1877).

[2] Schwartz, Art. Tendon. (*Dict. de Médec. et de Chirurgie pratiques*, t. XXXV, 1883.)

[3] Velpeau, *Médecine opératoire*, t. I, p. 512.

[4] Tillaux, *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 1875, t. I, p. 90.

[5] Polaillon, *Ibidem*, p. 91.

[6] Duplay, Même recueil, 1876, t. II, p. 788.

une position fixe, par une suture. Le succès fut presque complet. Il s'était évidemment formé un tissu cicatriciel intermédiaire suffisamment solide. Mais c'est là un résultat sur lequel on ne peut guère compter.

Pour faciliter la formation de ce tissu intermédiaire, M. Daniel Mollière[1] a eu l'idée de l'opération qu'il a décrite sous le nom de *vaginoplastie tendineuse.* Sur un malade dont le tendon du cubital antérieur avait été sectionné, l'écartement étant trop considérable pour que la suture fût possible, il reconstitua la gaine tendineuse en disséquant les tissus cicatriciels. Il espérait obtenir ainsi une véritable régénération du tendon, analogue à celle de l'os par le périoste.

Ce moyen, dont l'expérience n'a pas encore suffisamment démontré la valeur, ne peut en tout cas s'appliquer qu'aux tendons pourvus d'une gaine synoviale cylindrique.

Le procédé conseillé et exécuté par Chassaignac est plus simple. Il s'est contenté des sutures de la peau, qui leur servait d'intermédiaire, le bout central et le bout périphérique étant trop éloignés pour être rapprochés. Les mouvements furent de la sorte en grande partie rétablis. M. Schwartz reconnaît que cette pratique est bonne lorsque la peau glisse facilement sur les parties profondes, et qu'elle ne doit pas supporter des tiraillements trop répétés et trop prononcés; dans le cas opposé, la cicatrice se rompt et il pourrait en résulter de sérieux inconvénients.

C'est là cependant une ressource qui doit être présente à l'esprit du chirurgien, lorsque toute autre lui échappe. On ne saurait oublier, en effet, que, dans bien des cas, contre la volonté, il est vrai, de l'opérateur, c'est par l'intermédiaire de la cicatrice cutanée que la continuité du tendon est rétablie. Ces adhérences ont même été considérées comme *fatales.* M. Notta[2], par des observations personnelles, a montré que cette opinion était exagérée. Il n'en reste pas moins que la fusion de la cicatrice tendineuse avec celle de la peau est fréquente. Un fait qui nous a été communiqué par M. Chauvel[3] montre, après bien d'autres, que le résultat ainsi obtenu peut être excellent.

[1] D. Mollière, Note sur l'application de l'oschémie incomplète aux opérations qui se pratiquent sur les tendons (suture, autoplastie). (Mémoire lu à la Société de Chirurgie le 25 novembre 1874. (*Gazette hebdomadaire*, 1874, n° 49 p. 787.) Rapport sur ce travail par M. Delens. (*Bulletin et mém. de la Soc. de Chir.*, 1877, t. III, p. 117.)

[2] Notta, Note sur la suture des tendons et sur leur mode de cicatrisation. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1877, t. III, p. 271.)

[3] Chauvel, Note sur un cas de suture du tendon du long extenseur du pouce. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1877, t. III, p. 543.)

Dans le cas de M. Schwartz avec les moyens dont il vient d'être question, il ne pouvait être mis en œuvre. Non seulement le bout central était introuvable, ce qui rendait inapplicables les procédés de Benjamin Anger, Chassaignac et Daniel Mollière, mais encore le bout périphérique restait trop éloigné des tendons voisins pour qu'une suture par anastomose fût possible.

Je vous ai dit comment M. Schwartz est parvenu à allonger le tendon du premier radial pour le porter à la rencontre du bout périphérique de l'extenseur rompu.

Il n'existe dans la science qu'une seule observation où une tentative analogue ait été faite, c'est celle de Czerny, rapportée par Henck[1]. Il s'agissait encore du long extenseur du pouce. Ne pouvant rapprocher les deux extrémités du tendon rompu, Czerny, au moyen d'une incision longitudinale qui ne se prolongeait pas jusqu'à l'extrémité du moignon tendineux, divisa le bout périphérique en deux parties égales. Une section transversale pratiquée sur l'une des moitiés du tendon ainsi divisé lui permit de rabattre vers la racine du membre un tronçon de 3 centimètres environ, qu'il unit par des fils de catgut au bout central.

Malheureusement, au cours de cette manœuvre, le fragment tendineux ainsi infléchi rompit les attaches qui l'unissaient au bout périphérique. Il fallut de ce côté aussi appliquer des sutures pour rétablir la continuité perdue. En dépit de toutes ces difficultés, et malgré une réaction assez forte, la fonction du pouce fut en grande partie recouvrée. Mais la cicatrice tendineuse était adhérente à la peau; celle-ci se déplaçait dans tous les mouvements du doigt. La situation du blessé n'en fut pas moins grandement améliorée.

Ce fait me paraît particulièrement intéressant. On remarquera en effet que dans ce cas un tronçon tendineux, devenu complètement indépendant par suite d'une circonstance accidentelle, a été interposé entre les deux extrémités du tendon rompu, et servait de trait d'union entre elles.

On peut se demander, et je m'étonne que ce point de vue n'ait pas frappé M. Schwartz, s'il n'y aurait pas là une ressource nouvelle mise à notre disposition pour les cas difficiles dont il est ici question. Si, à l'avenir, on ne pourrait pas de propos délibéré emprunter soit au malade lui-même par voie de dédoublement d'un tendon voisin, ou mieux à un membre fraîchement amputé, ou bien encore à un animal vivant, un fragment tendineux que l'on fixerait entre les deux extrémités du tendon rompu, lorsque leur rapprochement est impossible.

[1] HENCK, Ein Beitrag zur Sehnenplastik. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1882, n° 18, p. 288.)

Les récentes expériences de Gluck[1] sur la *greffe tendineuse et musculaire* permettent de penser que cette pratique pourrait être suivie de succès.

Je me contente en terminant de soumettre cotte idée à vos réflexions.

Je vous propose : 1° d'adresser nos remerciements à M. Schwartz pour son intéressante observation; 2° de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Poncet. J'ai observé à l'hôpital Saint-Martin un malade qui ressemble beaucoup à celui de M. Schwartz. Il avait eu, en même temps qu'une section des tendons des muscles de la tabatière anatomique, une section du filet nerveux du radial qui passe au même niveau; il en était résulté une insensibilité du territoire cutané innervé par ce filet nerveux. Je fis la suture des tendons, c'est-à-dire la réunion du tendon de l'abducteur à celui du court extenseur après avoir taillé un lambeau à volet; mais au cours de l'opération, ayant retrouvé les deux bouts du nerf sectionné, je les réunis après les avoir avivés. Lorsque la plaie fut cicatrisée, la sensibilité reparut; il y eut par conséquent rétablissement du mouvement et de la sensibilité.

M. Tillaux. La cicatrice cutanée, qui réunit les deux bouts d'un tendon sectionné, joue un grand rôle dans le rétablissement des fonctions de ce tendon. J'ai observé ce cas à l'Hôtel-Dieu, chez un malade qui avait eu une section du tendon extenseur de l'index et chez lequel la fonction, abolie au moment de l'accident, était rétablie un mois après, bien que les deux bouts restassent écartés l'un de l'autre. Il est vrai que chacun d'eux adhérait à la cicatrice cutanée.

Les conclusions du rapport de M. Monod sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

M. Le Dentu donne communication orale d'une observation intitulée :

Corps étranger de la vessie. — Extraction par l'opération de la boutonnière périnéale suivie de la dilatation de la prostate. — Cicatrisation de la plaie en vingt jours.

Le choix d'un procédé opératoire pour l'extraction des corps

[1] Gluck, Ueber Muskel und Sehnenplastik. (*Arch. f. klinische Chirurgie*, 1881, t. XXVI, p. 61.)

étrangers de la vessie serait ordinairement chose aisée, si l'on était toujours renseigné exactement sur leur nature, leur forme, leurs dimensions et la durée de leur séjour dans le réservoir urinaire; mais, outre que les malades cachent souvent au chirurgien la cause des accidents dont ils souffrent, il arrive encore plus fréquemment que, volontairement ou non, ils ne lui fournissent pas tous les éléments de diagnostic dont il aurait besoin pour fixer son choix.

Le sujet de l'observation qui suit n'a pas manqué à cette double tradition; car, après avoir hésité pendant cinq mois à faire savoir à son médecin qu'il s'était introduit un bout de tube de caoutchouc dans la vessie, et il l'a trompé, probablement sans le vouloir, en attribuant à ce bout de tube des dimensions bien inférieures à la réalité, et il nous a induits dans la même erreur en nous donnant le même renseignement inexact.

Je mets sous vos yeux ce corps étranger. C'est, en effet, un fragment de tube de caoutchouc d'un calibre correspondant au n° 21 de la filière Charrière, d'une longueur de 15 centimètres. Des incrustations calcaires recouvrent sa surface et emplissent sa cavité; mais, malgré un certain degré de rigidité, il a gardé dans son ensemble sa forme de tube et n'a pas perdu entièrement sa souplesse. S'étant replié sur lui-même dans la vessie, où il a séjourné plus de six mois, il reste naturellement incurvé. Néanmoins, il est facile de redresser ses trois coudes et de le ramener à la rectitude.

Ces détails n'étaient pas inutiles pour la clarté de mon exposé. On en saisira la valeur chemin faisant.

Donc, le 21 février de cette année, le Dr Lapierre (de Sedan) m'adressait un malade avec les renseignements que voici :

Homme de 73 ans, d'une constitution assez robuste, sans antécédents morbides, souffrant depuis le mois d'août 1884 d'accidents vésicaux dont il n'a révélé la cause qu'en janvier 1885. L'introduction du corps étranger avait eu pour but, au dire du malade, de remédier à des douleurs qu'il éprouvait en urinant depuis quelques jours; il prétend même que son urine déposait et qu'elle exhalait une odeur fétide.

Admettons ces renseignements, les intentions du patient n'ayant qu'une importance insignifiante du moment que le fait matériel de la présence d'un corps étranger dans la vessie était avoué par lui. Il l'a été malheureusement un peu tard, car ce n'est que cinq mois après le début des accidents que M. Lapierre a été mis au courant de la situation, et à ce moment les urines présentaient un dépôt muco-purulent abondant et étaient très ammoniacales.

Dès le commencement de janvier, le cathétérisme avec une

sonde de trousse révéla la présence d'un corps rugueux donnant la sensation d'un calcul.

Des pilules de térébenthine, des préparations de stigmates de maïs, de l'eau de Contrexéville, améliorèrent un peu l'état de la vessie; mais à la fin de janvier, les douleurs réapparurent dans le ventre et au périnée. Parfois le jet de l'urine s'arrêtait brusquement. Les mictions étaient fréquentes. L'urine était purulente, même sanguinolente. On n'y trouvait de l'albumine que lorsqu'elle n'avait pas été filtrée.

L'état général était resté bon, sauf un léger amaigrissement.

Un mois se passe, et le malade entre dans mon service le 21 février de cette année. Il reste quelques jours en observation. Comme symptômes, nous notons : des mictions fréquentes renouvelées chaque heure, suivies de douleurs au bout de la verge, des urines muco-purulentes parfois striées d'un peu de sang. L'acide nitrique et la chaleur produisent un abondant précipité d'albumine en disproportion avec la quantité de pus, circonstance qui me fait soupçonner des lésions rénales déjà sérieuses.

Néanmoins, comme l'état général est passable et qu'il faut coûte que coûte débarrasser la vessie du corps étranger, je considère l'intervention à bref délai comme opportune et nécessaire. Mais quelle sera l'opération qui permettra d'atteindre le but avec le moins de risques possibles? Telle est la question à résoudre au préalable.

Le 2 mars, je pratique l'exploration de la vessie, avec cette idée préconçue que le corps étranger, qui, au dire du malade, n'aurait que 6 à 8 centimètres de long, doit être placé en travers dans le bas-fond, que ses extrémités sont sans doute incrustées d'une couche mince de sels, tandis que le milieu doit être recouvert de sédiments épais. Par le bec de l'instrument, je trouve un contact de 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres environ.

Je tâche d'arriver à plus de précision avec l'explorateur à branches mobiles, mais je ne puis saisir qu'un corps mollasse, et les mors ne restent écartés que d'un demi-centimètre à peine. Il y a contradiction entre les deux explorations.

La vessie commençait à saigner un peu et le malade à souffrir; j'arrêtai là mes investigations. Je suis d'ailleurs en possession de notions suffisantes pour choisir un procédé opératoire.

Comme le corps étranger est certainement incrusté de sels calcaires, je rejette d'emblée toute tentative d'extraction par l'urètre.

Comme deux ou trois centimètres de contact indiquent la présence d'un calcul déjà assez développé, c'est à une des tailles vésicales qu'il faudra probablement avoir recours.

Mais comme le calcul est développé autour d'un corps mou, la

lithotritie, le broyoment combiné avec une incision préliminaire me paraît exécutable.

Pour cette raison, j'exclus la taille hypogastrique, et je m'arrête au plan suivant :

Pratiquer une boutonnière périnéale sur conducteur.

Dilater la prostate au moyen du dilatateur de Dolbeau.

Débarrasser le tube de caoutchouc des concrétions calcaires au moyen des tencttes ou du grugeur de Dolbeau.

Extraire ensuite le tube.

Le 4 mars, je procédai à l'opération. Après la dilatation de la prostate, j'introduisis l'index dans la vessie, et je constatai que le tubo était replié sur lui-même et que si, avec l'explorateur, j'avais cu un contact de plus de 2 centimètres, cela tenait, non à la présencc d'une pierre de 2 à 3 centimètres, mais à cc que l'instrumcnt frôlait successivement les deux portions de tube placécs en travers l'une devant l'autre.

L'extraction n'en fut que plus simplc. Je la fis avec des pinces, et la prostate laissa passer le tube replié avec les concrétions peu épaisses qui le rocouvraient. Un lavage à l'acide borique compléta l'opération.

Comme pansemcnt, jc fis maintenir au contact de la plaie périnéale une éponge aseptique, autant que possible, largement saupoudrée d'acide boriquo pulvérulent. Cette éponge est renouvelée très souvent, ainsi que l'alèze sur laquelle repose le malade.

Les suites de l'opération sont assez simples :

A aucun moment la plaie ne se montre enflammée. Elle bourgconne rapidement. Elle était entièrement fermée en 20 jours.

La miction, qui s'était faite tout d'abord en grande partie par le méat, puis par le périnée cxclusivement à partir du 9 mars, a lieu de nouveau à partir du 15 mars presque entièrement par le canal; lc 20, seize jours après l'opération, l'urètre fonctionne normalement.

Du 6 au 11 mars, il y a une petito poussée d'épididymite droite accompagnée d'œdème des bourses. En mêmo temps, la températurc s'est un peu élevée :

	Matin.	Soir.
2 mars (exploration vésicale).	37°,2	38°,3
3 —	37°,2	37°,3
4 — (opération)	37°,0	37°,2
5 —	37°,1	39°,2
6 —	38°,2	38°,6
7 —	37°,5	37°,9
8 —	37°,7	37°,4
9 —	37°,2	37°,4
10 —	37°,2	37°,4

Cependant l'état des urines ne laisse pas de me préoccuper. Elles sont muco-purulentes et même sanguinolentes, malgré la guérison de la plaie et l'extraction du corps étranger. De plus, elles contiennent une grande quantité d'albumine.

Après une amélioration très marquée, l'état général s'altère. La face pâlit. Un peu d'œdème se montre aux membres inférieurs. J'engage le malade à retourner chez lui, où son médecin pourra le traiter médicalement, en même temps qu'il s'occupera du catarrhe vésical.

Le malade nous quitte le 27 mars. Après deux jours passés en ville, à Paris, il retourne à Sedan et fait appeler le Dr Lapierre, qui constate, dès le 30 mars, de l'œdème des membres inférieurs, des mains, des avant-bras, le tout accompagné d'une forte dyspnée due à l'œdème pulmonaire.

L'urine, après infiltration, *donne un dépôt considérable d'albumine*.

Le 1er avril se montre un épanchement dans la plèvre gauche; le 2, la plèvre droite est envahie. Œdème de la face.

Le 3, le malade a des vomissements bilieux; apparition du délire, hématurie.

Le 4, mort dans le coma.

Ces détails étaient nécessaires pour bien montrer :

1° Que les complications du côté des reins étaient antérieures à l'opération;

2° Que non seulement l'opération ne les a pas aggravées, mais qu'elle a déterminé une amélioration momentanée;

3° Que l'intervention chirurgicale n'a été pour rien dans la terminaison fatale des accidents.

On peut se demander si la taille hypogastrique eût été aussi bénigne. En tout cas, comme la guérison de la plaie aurait exigé plus de vingt jours pour être complète, la mort fût sans doute survenue avant la cicatrisation, et l'on n'aurait pu se défendre au moins d'une arrière-pensée relativement à l'influence funeste de l'opération.

La boutonnière, combinée avec la dilatation de la prostate, me semble tout à fait recommandable, toutes les fois qu'on soupçonne la présence d'un corps étranger incrusté de sels, surtout quand ce corps étranger est court, que les incrustations qui le recouvrent ne forment pas une masse considérable, ou qu'il est doué d'une grande souplesse comme le caoutchouc.

Personne ne contestera, je le pense, qu'une opération aussi simple, permettant une guérison aussi rapide, ne reste préférable, sauf indications spéciales, à la taille sus-pubienne.

Discussion.

M. Berger. Je ne puis trouver une occasion plus favorable pour vous communiquer un fait, fort semblable à celui de M. Le Dentu, que je viens d'observer dans mon service et pour lequel j'ai eu à pratiquer l'opération même à laquelle a eu recours notre collègue. Cette opération m'a amené à faire quelques réflexions sur les avantages et les inconvénients que présente la voie périnéale pour l'exploration de la vessie; je les soumettrai à votre appréciation après vous avoir succinctement rapporté l'histoire du malade dont il s'agit :

Corps étrangers de l'urètre et de la vessie (fragments de tuyau de pipe en terre). — Extraction par la voie périnéale. — Guérison.

Il y a juste trois semaines, je recevais à l'infirmerie de Bicêtre (salle Desprès, n° 12) un infirme, âgé de 52 ans, qui souffrait de besoins continuels d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire que très incomplètement au prix des plus grands efforts et des plus vives douleurs. Sourd-muet et aveugle, cet homme ne pouvait guère donner de renseignement sur l'origine des accidents qu'il présentait; voici cependant ce qu'il nous fit comprendre par gestes :

A une époque qu'il est impossible de préciser, il se serait introduit dans l'urètre un fragment du tuyau d'une pipe en terre, et il n'aurait pu le retirer : la présence de ce corps étranger serait devenue la cause de la rétention d'urine et du ténesme continuel dont il est atteint. En effet, on peut constater que la vessie est distendue par l'urine; à chaque instant le malade se lève pour prendre son urinoir, et, malgré des efforts considérables accompagnés de gémissements, il ne peut rendre que quelques gouttes d'une urine horriblement trouble et fétide. Il est d'ailleurs pâle et amaigri, il paraît bien plus âgé que son âge, et pour le dire aussitôt, l'examen du cœur fait reconnaître un bruit de galop et un souffle vers la pointe de l'organe.

On ne lui fait accepter que très difficilement une exploration : une bougie à tête introduite dans l'urètre est arrêtée à 13 centimètres du méat par un contact dur rugueux, comme celui d'une pierre. Aucune bougie, aucune sonde, même filiforme, ne peut franchir ce point. Le toucher rectal fait reconnaître un corps dur, arrondi, plus gros qu'une amande avec son écorce, situé dans la région membraneuse et très facilement accessible, mais impossible à sentir par la palpation du périnée.

Le diagnostic de corps étranger du canal de l'urètre étant établi, l'extraction par les voies naturelles étant évidemment impossible, je résolus de l'extraire par une boutonnière périnéale, et, sachant combien il est fréquent de trouver des corps étrangers multiples chez les

sujets adonnés à l'habitude de s'introduire les objets les plus divers dans le canal, je me proposai d'explorer soigneusement la vessie par la boutonnière ainsi pratiquée, et à enlever, si c'était nécessaire, les corps perdus dans la vessie par cette voie après dilatation préalable de la région prostatique de l'urètre.

Quand je revins, le lendemain 30 avril, pour pratiquer cette opération avec M. le D[r] Bazy, qui avait bien voulu me promettre son concours, le malade faisait comprendre qu'il était parvenu à retirer un bout de tuyau de pipe qu'il nous montra : ce fragment, long de $0^m,05$, était arrondi à ses extrémités : il ne présentait aucune altération de sa surface. Aussitôt après son extraction les urines avaient pu être rendues en assez grande quantité ; souffrant moins notre homme se refusait à toute intervention, cherchait à mordre, et tentait même de se défendre contre ceux qui approchaient son lit en les menaçant de son urinoir. Je pus cependant l'examiner et me convaincre que le corps étranger que j'avais senti la veille était toujours en place. Le malade avait-il réellement retiré de l'urètre le fragment de tuyau de pipe qu'il nous montrait, cherchait-il à nous tromper pour se soustraire à une opération ? Nous ne pûmes le savoir; mais la situation étant en définitive restée la même, je me préparai à suivre le plan que je m'étais tracé.

J'endormis le malade sans difficulté jusqu'à résolution complète, puis je le plaçai dans la position de la taille. Le cathéter ayant été introduit, je fis sur le raphé périnéal une incision nette de 5 centimètres qui conduisit sur la rainure de l'instrument sur laquelle l'urètre fut incisé. Je reconnus aussitôt la pointe d'un calcul allongé que je découvris complètement en prolongeant l'incision urétrale d'avant en arrière. Il put être alors saisi et extrait facilement. C'était un fragment de tuyau de pipe en terre, analogue au précédent, mais assez altéré déjà par les dépôts calcaires; son canal était bouché par des incrustations; il était arrondi à ses extrémités, qui avaient certainement été travaillées par le malade pour rendre leur introduction plus facile; il mesurait 3 centimètres de longueur.

J'introduisis alors un explorateur métallique dans la vessie par la boutonnière périnéale; celui-ci me donna aussitôt la sensation de contacts multiples et fort étendus comme s'il y avait eu des calculs en certain nombre ou des incrustations des parois vésicales, plus probablement les uns et les autres. Pour achever l'opération il me fallut donc avoir recours à la dilatation de la partie profonde de l'urètre, me réservant de pratiquer une taille véritable, et probablement la taille médio-bilatérale, si la voie ainsi créée n'était pas suffisante pour l'extraction.

J'ouvre ici une parenthèse. J'ai été élève de Dolbeau; j'ai assisté à de nombreuses opérations de lithotritie périnéale pratiquées par ce maître; je les ai répétées sur le cadavre en me servant de son instrumentation. Vous vous souvenez que cette opération est identique, dans ses temps préliminaires, incision de l'urètre et

dilatation de la région prostatique, avec celle à laquelle j'avais recours : et cependant je ne me suis pas servi du dilatateur de Dolbeau, et en voici la raison :

Le dilatateur de Dolbeau se compose de plusieurs branches, destinées à s'écarter par l'action d'une vis, et qui se juxtaposent à leur extrémité pour concourir à former une pointe que l'on engage dans la rainure du cathéter. La pratique que j'ai eue de cette manœuvre m'a fait reconnaître que ces pointes peuvent s'égarer, conduire le dilatateur, quelque soin que l'on apporte à cet acte, en dehors de l'urètre, entre ce conduit et le rectum, et créer ainsi une fausse route où l'on risque de se perdre. On n'évite même pas complètement ce danger en se servant de l'instrument tel qu'il a été modifié par M. Trélat, qui lui a adapté une sorte de petit chapeau métallique destiné à recevoir et à couvrir l'extrémité des pointes en question et à s'engager plus sûrement dans la cannelure du cathéter. J'ai donc préféré employer le dilatateur de M. Guyon, avec lequel une semblable erreur n'est plus possible, puisqu'il se compose d'un conducteur que l'on introduit d'abord jusque dans la vessie, et sur lequel on fait glisser successivement des mandrins de dimensions croissantes. L'action de cet instrument est certainement moins douce et même un peu brutale, mais elle m'a paru présenter une sécurité que l'on ne peut avoir avec l'autre, même si on a une longue habitude de s'en servir.

Je dilatai donc la partie profonde de l'urètre avec les trois mandrins du dilatateur de M. Guyon, ce qui se fit sans peine, quoique avec un peu d'écoulement sanguin. J'introduisis alors l'index jusque dans la vessie, et avec la dernière phalange je pus sentir un autre corps étranger, fortement fixé à la paroi vésicale, en avant et au-dessus du col, par une de ses extrémités. En m'aidant d'une sorte de curette recourbée à long manche, je pus reconnaître qu'il s'agissait probablement d'un fragment de même nature que celui que j'avais retiré de l'urètre, mais beaucoup plus long, et que son extrémité supérieure et postérieure, qui échappait au doigt, allait se mettre en rapport avec la partie supérieure de la paroi postérieure de la vessie. Ce fait explique que M. Bazy et moi nous n'ayons pu arriver à son contact par le toucher rectal. Il me fut impossible de le saisir avec des pinces : j'eusse pu le fragmenter avec un brise-pierre, mais je m'en gardai, craignant que les éclats, trop consistants pour être broyés entièrement, ne présentassent des pointes ou des angles tranchants. Avec quelques efforts, je pus déplacer son extrémité antérieure, en la fixant entre le doigt et la curette, et l'attirer vers le col vésical, enfin la faire saillir à travers la partie profonde de l'urètre, jusqu'à la plaie périnéale : mais il me fallut passablement de précautions et quelques manœuvres délicates pour l'extraire complètement. Je vis alors que ce corps étranger était un long fragment de tuyau de pipe en terre « Gambier », mesurant

0m085; fort altéré, et recouvert d'incrustations abondantes, non vers son milieu, comme cela s'observe quand le corps étranger est libre dans la vessie, mais vers ses extrémités, surtout à son extrémité supérieure et postérieure. Ces incrustations, qui augmentaient de beaucoup son volume, le fixaient probablement à la paroi vésicale aux points où il était en contact avec elle. Le calibre du tuyau était également oblitéré. Après avoir expulsé de la vessie par de nombreux lavages, faits avec une solution d'acide borique, les parcelles de ces incrustations qui s'étaient détachées, nous explorâmes la vessie avec attention, M. Bazy et moi, et nous parvînmes à découvrir, non sans beaucoup de peine, que la paroi vésicale présentait des incrustations abondantes en avant et au-dessus du col vésical, et en arrière vers le fond de la vessie, c'est-à-dire aux deux points qui correspondaient aux extrémités du corps étranger. Il fallut décortiquer ces plaques calcaires avec l'ongle ou avec la spatule et la curette vésicale, et les extraire soit avec les instruments, soit au moyen de lavages boriqués très multipliés. Une sonde à demeure fut alors laissée dans l'urètre, un pansement iodoformé fut appliqué sur la plaie (j'emploie de préférence l'iodoforme en poudre, désodorisé avec de la koumarine au centième, et de la gaze iodoformée que je fabrique moi-même ou que je fais préparer dans le service). Il n'y avait eu que peu de saignement; le chloroforme et l'opération avaient été bien supportés; celle-ci avait duré environ une heure.

Le soir la température s'éleva à 39°, mais elle retomba dès le lendemain matin bien au-dessous de 38°, et elle redevint aussitôt normale. La sonde à demeure, qui avait mal fonctionné, fut retirée le lendemain au matin; à partir de ce moment le malade se trouva très soulagé, et ne s'occupa plus que de manger et de fumer : il s'engagea par gestes à ne plus jamais faire de sa pipe un autre usage. Pourtant le huitième jour, le tabac lui manquant, il fit une tentative de suicide, et chercha à se pendre; mais l'administration d'une dose suffisante de « caporal » lui rendit toute son indifférence.

Pendant les huit premiers jours, toute l'urine passa par la plaie périnéale, sans que l'on pût savoir si elle était rendue d'une manière continue ou par intervalles. Le 8 mai, un fragment calcaire fut expulsé par le périnée; dès le 9, les mictions recommençaient à se faire en partie par le méat. Le 19, les urines étaient rendues en totalité par les voies naturelles ; il n'existait plus au périnée qu'un bourgeon charnu du volume d'un pois qui est épidermisé actuellement; depuis plusieurs jours déjà l'opéré se lève et va vagabonder dans les escaliers et dans les cours. Il est complètement guéri. Son urine est redevenue claire, limpide et acide, et les mictions se font à intervalles presque normaux.

Le point sur lequel je demande à appeler votre attention est le suivant : dans le cas présent, l'indication à suivre était toute tracée; je n'avais connaissance que de l'existence d'un calcul urétral; il fallait l'enlever par la boutonnière périnéale; mais comme

il y avait présomption très forte de la présence d'autres fragments dans la vessie, il fallait profiter de la voie créée de la sorte pour enlever ce réservoir et extraire, s'il y avait lieu, ces fragments, tout en nous réservant d'avoir recours à l'incision sus-pubienne si l'extraction par la voie périnéale devait exiger des débridements étendus de la prostate. Je préférai, pour ce temps de l'opération, m'adresser à la dilatation qu'à l'incision bilatérale avec le lithotome qui, associée à l'incision médiane des parties molles extérieures, a reçu le nom de taille médio-bilatérale. L'événement m'a donné raison, et je puis répéter avec M. Le Dentu que l'incision périnéale médiane, jointe à la dilatation urétrale, ouvre une voie suffisante pour l'extraction de corps étrangers longs et étroits, et qu'elle paraît constituer une offense peu grave pour les tissus qu'elle intéresse, exempte de complications, guérissant promptement sans laisser à la suite de fistule urinaire.

Mais pendant que j'avais le doigt dans la vessie, et M. Bazy a fait la même remarque, je réfléchissais aux difficultés extrêmes que rencontrait l'exploration vésicale tentée par cette voie. Mon doigt, qui d'abord avait été assez libre pour que toute la dernière phalange pût se promener dans la cavité du réservoir vésical, n'y pénétrait plus qu'avec peine, grâce à la prompte rétraction des tissus, au bout d'un quart d'heure, et c'était avec la pulpe de l'index, fortement serré et immobilisé, que j'étais contraint de pratiquer le toucher intérieur de la vessie. Aussi, pour parcourir la totalité de la surface interne de cette dernière, était-il nécessaire qu'un aide déprimât très fortement à deux mains la paroi abdominale antérieure et vînt de la sorte présenter au doigt les différents points de la muqueuse vésicale. Cela étant possible, grâce à la maigreur et à la dépressibilité de la paroi abdominale, grâce au peu d'épaisseur du périnée, grâce surtout à la résolution chloroformique que j'avais fait porter à ses dernières limites. Mais observant combien étaient obscures les sensations que je pouvais percevoir de la sorte, je me demandais s'il serait aisé de reconnaître le volume, le siège, l'implantation d'une tumeur développée à l'intérieur de la vessie sur un point éloigné du col ; je me disais surtout qu'il serait impossible, en parfaite connaissance de cause, de guider sur ce doigt des tenettes et des pinces jusqu'à la tumeur, de la saisir et de la broyer, étant sûr de ne pas léser en même temps la paroi vésicale. En somme, il me parut que si la voie périnéale offrait un moyen commode d'arriver dans la cavité vésicale, de l'explorer, d'en extraire au besoin des corps étrangers peu volumineux, elle le cédait, au point de vue de la sécurité et au point de vue de la commodité, à l'incision sus-pubienne s'il se fût agi de reconnaître ou de traiter surtout une tumeur. Rien, en pareille matière, ne

saurait équivaloir aux constatations faites par la vue, et seule la taille hypogastrique permet de voir la surface intérieure de la vessie et même d'y mouvoir librement en tous sens le doigt et les instruments. Je suis donc porté à conclure que, lorsqu'on a affaire à une tumeur intra-vésicale dont l'existence est certaine, il vaut mieux s'adresser de suite à la taille sus-pubienne qu'à l'incision et à la dilatation urétrale, et à ce point de vue, malgré la grande autorité de Sir Henry Thompson et les faits nombreux sur lesquels se base son opinion, je me range à l'avis et à la manière de faire des chirurgiens français, qui tiennent fermement pour la taille hypogastrique.

M. Monod. M. Le Dentu nous dit qu'au moment où il a saisi le corps étranger contenu dans la vessie de son malade, il s'est bien gardé de le broyer. Je ferai remarquer à ce propos que M. Henriet, dans un travail récent, a soutenu l'opinion contraire, en disant que lorsqu'un corps est contenu depuis longtemps dans la vessie, il y avait avantage de le broyer, de façon à le débarrasser des sels calcaires dont il est incrusté, et à le retirer ensuite par les voies naturelles.

En ce qui concerne la méthode opératoire employée, pour ma part j'aurais préféré la taille hypogastrique, en raison du peu de gravité que présente cette opération.

M. Terrier. Je crois également que la taille hypogastrique est préférable à toute autre lorsqu'on va à la recherche d'un corps étranger vésical. Je l'ai vue employer avec succès par M. Périer pour un tube en caoutchouc enroulé. Je ne suis pas séduit par la dilatation de la prostate même pratiquée à l'aide du dilatateur Duplay-Guyon.

Les difficultés qu'a rencontrées M. Berger lorsqu'il a introduit son doigt dans la vessie pour l'explorer suffiraient à montrer l'infériorité de la boutonnière sur la taille hypogastrique. Grâce à cette dernière on peut explorer facilement la cavité vésicale, arriver aux uretères et même en pratiquer le cathétérisme.

M. Trélat donne communication de l'observation suivante ayant trait à la question :

Perforation de l'uretère droit par un corps étranger (tuyau de pipe) introduit par les voies naturelles. — Infiltration d'urine consécutive. — Mort. — Autopsie, par le Dr Gérard Marchant, chef de clinique de M. Trélat.

Fournier (Louis), 42 ans, chiffonnier, entré le 22 mars à la salle Sainte-Vierge, lit n° 25, dans le service de M. Trélat.

Ce malade raconte qu'il y a 12 *jours* il a voulu se sonder pour remédier à une rétention d'urine, et n'ayant pas de sonde à sa disposition, il s'est servi d'un tuyau de pipe en corne, auquel il a adapté un bout de caoutchouc de biberon : il put retirer facilement le tube en caoutchouc, mais le tuyau de pipe resta dans le canal de l'urètre, puis pénétra dans la vessie.

Depuis ce moment, douleurs abdominales très vives, intolérables, sans *troubles de la miction :* enflure progressive de la paroi abdominale.

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on porte le diagnostic d'*infiltration urineuse de la loge supérieure du périnée, avec envahissement de la paroi abdominale :* le seul point difficile est de savoir par quel point s'est effectuée l'infiltration : ce n'est pas par l'urètre, puisque le cathétérisme est facile, et ne s'accompagne ni de douleur, ni d'écoulement sanguin. Est-ce la vessie qui s'est rompue? Mais la sonde ramène une notable quantité d'urine normale, et le malade nous affirme que depuis l'accident il a toujours uriné, toutes les heures environ, en petite quantité chaque fois. On supposa alors qu'il avait existé *une éraillure de la vessie.* Le corps étranger n'avait pas été senti.

Le malade succomba le 24 mars, surlendemain de son entrée, avec des phénomènes ataxo-adynamiques, sans qu'une large incision de la paroi abdominale dans le point le plus infiltré ait amené la moindre rémission dans l'état général.

L'*autopsie* faite le 25 mars par M. Dubar, externe du service, et en présence du professeur Trélat, a révélé une perforation de l'*uretère droit* par le tuyau de pipe. Cette ulcération siège à 3 centimètres environ de l'orifice vésical, et a permis au corps étranger de se loger dans le tissu cellulaire *péri-uretéral;* il tient encore par une de ses extrémités à l'uretère. On a pu le retirer avant d'avoir ouvert la vessie, perdu, qu'il était, dans ce tissu cellulaire. L'orifice de l'uretère qui a livré passage au corps étranger est énormément dilaté, mais cette dilatation mécanique en rapport avec le calibre du tuyau de pipe, non liée à une affection des voies urinaires, ne porte que sur la portion initiale de l'uretère.

Il existe une infiltration d'urine dans tout le tissu cellulaire sous-péritonéal : d'abord dans la fosse iliaque droite, autour de la vessie du rein droit; on arrive de la paroi abdominale au niveau de la face inférieure du diaphragme et jusque dans la plèvre droite, qui est le siège d'un épanchement purulent : je passe sur les caractères anatomo-pathologiques de ce vaste phlegmon urineux.

L'interprétation de ce fait nous paraît simple : le corps étranger s'est engagé dans l'uretère droit et l'a perforé. Cette pénétration a été probablement facilitée par l'extrémité mousse arrondie par l'usage de ce bout de pipe en corne : sa forme curviligne s'adaptant à celle de la surface vésicale, ses dimensions (8 centimètres), les contractions vésicales, l'ont probablement aidé dans sa migration. Arrêté dans sa marche ascendante, il a perforé l'uretère ; de là une infiltration d'urine, le malade urinant par son rein droit dans le tissu cellulaire sous-péri-

tonéal : ainsi s'explique la grande extension de cette infiltration d'urine; ainsi sont résolues encore ces contradictions observées cliniquement entre l'infiltration d'urine et l'intégrité de la vessie et du canal de l'urètre.

Ce fait nous a semblé exceptionnel : on trouve en effet dans Lallemand des observations de corps étrangers introduits par les voies naturelles, et pénétrant ensuite dans un uretère anormalement dilaté; mais nous n'avons pas su trouver, dans des recherches trop rapides peut-être, des cas analogues à celui-ci.

Nous joignons à notre observation la pièce à conviction, dont voici les dimensions :

Longueur..............	8 centimètres.
Largeur................	11 millimètres.
Épaisseur..............	5 millimètres 8 dixièmes.

M. Berger. Dans mon cas particulier, je n'ai pas eu à me poser la question de savoir si la taille hypogastrique était ou non préférable à la boutonnière périnéale, puisque le corps étant dans l'urètre, la boutonnière suivie de dilatation prostatique était incontestablement la seule opération possible. Si j'ai exploré la vessie avec le doigt, c'est uniquement à titre d'opération complémentaire.

En ce qui concerne la gravité relative des deux opérations, je crois la simple boutonnière de beaucoup la plus bénigne, aussi est-ce à elle que j'aurai recours lorsque je supposerai le corps étranger facile à enlever, quitte à la complèter au besoin par une taille médio-bilatérale. On a alors un canal cylindrique suffisamment large; une canule d'irrigateur à lavement, en os, a pu sortir facilement par ce trajet.

M. Verneuil. Il semble que la tendance actuelle des chirurgiens les porte à abandonner complètement la taille périnéale, c'est là un tort à mon avis, il faut se garder de l'exclusivisme. La taille périnéale doit rester encore procédé de choix pour quelques cas particuliers, tels que l'extraction des corps étrangers, l'extraction des calculs des jeunes gens, ou des individus qui ont une petite prostate.

Les difficultés que M. Berger a rencontrées pour dépasser le col vésical sont causées par le releveur de l'anus, qui se contracte plus ou moins au cours de l'opération et sous l'influence de l'irritation qui est la conséquence même de cette opération. Cet inconvénient disparaît si on choisit la taille pré-rectale, qui facilite singulièrement l'exploration de l'intérieur de la cavité vésicale.

A un point de vue plus général, je suis heureux de voir que, pour l'extraction des corps étrangers, l'on tend de plus en plus à substituer une taille quelconque aux manœuvres d'extraction par

les voies naturelles. Cette dernière méthode expose à blesser gravement l'urèthre, aussi me parait-elle beaucoup plus dangereuse. Appelé en province pour extraire une sonde qui avait filé dans la vessie, j'introduisis un brise-pierre, l'extraction fut des plus faciles. Huit jours après le malade était mort.

M. Terrier. Je ne rejette aucun procédé de taille; c'est ainsi par exemple que je considère la taille périnéale comme excellente chez les enfants. Chez les vieillards, au contraire, les tailles inférieures à cause des veines sont plus graves que la taille supérieure, et je dis que d'une manière générale, à l'heure actuelle, les tailles supérieures donnent plus de succès que les tailles inférieures.

M. Le Dentu. La taille hypogastrique est certainement une excellente opération, mais elle ne doit pas se substituer d'une manière absolue aux tailles périnéales. Ces dernières présentent encore des indications, et c'est au chirurgien qu'il appartient de les saisir. Elles se rencontreront surtout lorsqu'il s'agira d'extraire des corps étrangers. Dans mon cas, c'est de propos délibéré que j'ai adopté la voie périnéale, et non pas seulement, comme M. Berger, parce que j'y étais forcé par la présence d'un corps étranger dans l'urèthre.

En ce qui concerne la difficulté d'explorer la vessie, Pousson a fait remarquer que, dans la plupart des cas, cette difficulté disparaissait avec le chloroforme. Elle ne disparait pas toujours cependant, et nombre de vessies sont, comme celle du malade de M. Berger, fort difficiles à explorer, même avec l'anesthésie. Ce n'est pas une raison cependant pour substituer la taille hypogastrique à la boutonnière, lorsque l'on se contente de faire une exploration destinée à démontrer la présence d'une tumeur dont on s'est borné à soupçonner l'existence. Le diagnostic ayant été établi grâce à la boutonnière, rien n'empêche de pratiquer ensuite la taille hypogastrique. L'ouverture périnéale n'est qu'un obstacle de peu d'importance pour la bonne exécution de cette seconde opération. Sans doute, il est impossible de distendre la vessie par une injection, mais l'application du ballon de Petersen est tout aussi aisée.

En ce qui concerne l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles, cette méthode, bonne peut-être lorsque le corps est depuis peu de temps dans la vessie, est mauvaise au contraire lorsque ce corps y est contenu depuis longtemps et qu'il a eu le temps de s'incruster de sels calcaires.

Le mieux alors est de se créer un passage dans la vessie. Pour cela la taille hypogastrique est préférable sans doute à la taille périnéale complète, mais elle ne vaut pas, suivant moi, la simple boutonnière uréthrale, accompagnée de la dilatation de la région

prostatique. Non seulement le danger est moins grand dans ce dernier cas, mais encore la guérison est plus rapide.

Présentation de malade.

M. Bousquet, agrégé au Val-de-Grâce, présente un malade dont l'observation suit :

Absence congénitale des deux rotules. — Déformation des humérus. — Rétraction des biceps.

Joseph G..., clerc d'huissier, âgé de 21 ans, a été exempté du service militaire à cause d'une rétraction congénitale des biceps, qui ne lui permet pas d'étendre les avant-bras au delà de l'angle droit. En examinant les membres inférieurs de ce jeune homme, qui est assez bien musclé, nous sommes frappés de la conformation particulière de ses cuisses, arrondies comme celles des femmes. G... nous fait alors remarquer qu'il n'a pas les genoux construits comme tout le monde. Au premier abord, nous constatons simplement un léger degré de genu valgum; aussi notre étonnement est-il grand, lorsqu'en palpant ses genoux nous ne trouvons pas de rotules. Une exploration plus attentive nous permet cependant de découvrir des vestiges de ces os, déjetés en dehors, et appliqués sur la face externe du condyle externe; celle du côté gauche présente le volume d'un noyau de prune, la droite paraît un peu plus développée. Les genoux sont arrondis, le cul-de-sac de la synoviale est normalement conforme, les condyles du fémur se dessinent sous les téguments, et en deprimant les parties molles le doigt pénètre profondément dans l'interstice des condyles. Si l'on invite le sujet à fléchir le membre, la saillie des condyles s accentue et il devient possible d'explorer une partie de leur surface.

A plusieurs reprises et dans différentes positions, nous avons fait contracter les muscles de la cuisse; mais, malgré tous nos efforts, il nous a été impossible de découvrir quoi que ce soit rappelant le tendon rotulien. La tubérosité antérieure du tibia est nettement développée, mais aucun tendon ne s'insère à son niveau; les rotules semblent fixées par des expansions aponévrotiques qui se tendent sous l'influence de la contraction musculaire. Le développement des jambes est normal, les muscles du mollet sont volumineux.

Cette conformation bizarre des membres inférieurs n'entraîne aucune gène; G... nous raconte qu'il est excellent marcheur; étant clerc d'huissier en province, il lui est arrivé maintes fois de faire des courses de trente et quarante kilomètres sans éprouver de fatigue extraordinaire.

Les membres supérieurs présentent aussi des lésions curieuses. Il

existe une contracture du biceps ; en même temps, l'extrémité inférieure des humérus a subi une sorte d'aplatissement, en sorte que l'epitrochlée se trouve transportée en arrière, l'épicondyle en avant, et la ligne qui réunit ces deux tubérosités, au lieu d'être perpendiculaire au plan médian des corps, lui est parallèle.

La séance est levée à 5 heures 40 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 27 mai 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications médicales de la semaine;

2° *De la réglementation de l'art dentaire en France*, par le Dr Th. David;

3° M. Duplay offre à la Société le deuxième fascicule du tome VII : *Traité élémentaire de pathologie externe* de Follin et Duplay;

4° M. le Dr Jeannel (de Toulouse) envoie à la Société un travail intitulé : *Quatre laparotomies pour tumeurs abdominales* (Commission : MM. Berger, Cruveilhier, Tillaux, rapporteur);

5° M. le professeur Verneuil dépose, de la part de M. Pousson, un travail intitulé : *Tétanos à forme chronique; administration, à l'intérieur, de chloral, de belladone et d'opium. Guérison* (Commissaire : M. Verneuil);

6° M. Monod dépose, de la part de M. Pousson, un travail intitulé : *De la conduite à tenir dans le traitement des calculs enchatonnés* (Commissaire : M. Monod).

M. le secrétaire général donne lecture de l'observation suivante envoyée par le Dr Cauvy :

Rupture de l'urèthre survenue à la suite d'une dislocation de la symphyse du pubis. — Rétention d'urine. — Six ponctions hypogastriques. — Accidents urémiques. — Périnéotomie. — Guérison, par le Dr CAUVY (de Béziers), membre correspondant.

Le 3 avril, à midi, je fus appelé auprès du sieur P. J..., âgé de 30 ans.

La veille, à 6 heures du soir, cet homme était occupé à décharger des fûts pesant chacun 600 kilogrammes environ, quand l'un d'eux, glissant trop rapidement de la charrette, le renversa et lui passa sur le corps, en pressant fortement sur le bord externe et supérieur de l'os coxal gauche.

Remis de la commotion, le blessé se plaint surtout d'une douleur au périnée ; quelques gouttes de sang apparaissent au méat urinaire. Le Dr V... se contente de prescrire le repos, une potion calmante et des onctions opiacées sur le périnée.

Le lendemain, rétention d'urine absolue, contre laquelle mon confrère essaye vainement le cathétérisme; le bout de la sonde s'arrête au niveau de la région membraneuse, et tout effort pour la faire pénétrer plus profondément amène une hémorrhagie veineuse assez abondante.

A midi seulement, je fus appelé près du blessé. Je le trouvai très anxieux, le ventre distendu, et la vessie formant une tumeur rénitente et douloureuse, dont le fond dépassait la cicatrice ombilicale. En pressant sur la symphise pubienne, on occasionne une douleur assez vive qu'exagèrent aussi les mouvements d'abduction et de flexion des membres inférieurs. Il n'existe aucun déplacement des os. Au périnée, ni ecchymose ni tumeur; je note seulement un endolorissement et un empâtement de toute la région post-scrotale.

Par le toucher rectal, douleur vive quand l'extrémité du doigt presse sur la région prostatique.

Tentative infructueuse de cathétérisme; ponction hypogastrique avec l'appareil Potain (4 litres d'urine claire et inodore).

Le soir, état général satisfaisant. Deuxième ponction hypogastrique (2 litres d'urine).

4 avril. Troisième ponction le matin; quatrième ponction le soir, après vaines tentatives de cathétérisme.

A la ponction du soir, l'urine a une odeur légèrement ammoniacale et une teinte sanguinolente.

5 avril. Nuit agitée. 100 pulsations. T. 38°,6. Langue saburrale. Le blessé est plus anxieux; besoins de miction plus impérieux et plus douloureux.

Le cathétérisme étant encore impossible, je conseille de recourir à l'incision du périnée, qui me paraît absolument indiquée; mais je me heurte à un refus absolu du médecin traitant, du blessé et de ceux qui l'entourent. Cinquième ponction pratiquée par le Dr V...

Le soir, 110 pulsations. T. 38°,9. Frissons. Hypogastre douloureux, ballonné ; la vessie, à peine distendue, est le siège d'un ténesme très

pénible. Sixième ponction (1/2 litre d'urine trouble, sanguinolente et à odeur fortement ammoniacale).

6 avril. Accès fébrile très violent pendant la nuit (la période algide a duré trois heures). Pouls, 130. Subdélirium. Langue sèche et rouge. Abdomen distendu et douloureux, surtout à la région hypogastrique.

En présence de ces phénomènes, je refuse absolument de ponctionner encore, ne consentant à intervenir que par la périnéotomie. Cette fois mon confrère l'accepte, mais en faisant beaucoup de réserves, cette opération lui paraissant inutile et dangereuse.

Je passe outre et j'incise largement sur la ligne médiane du périnée, depuis l'origine du scrotum jusqu'à 3 centimètres environ de la marge de l'anus. J'arrive ainsi dans un foyer rempli de caillots, et, après avoir lavé la plaie, je constate une déchirure complète de la partie membraneuse de l'urèthre. J'introduis aussitôt une sonde n° 17, souple, mais suffisamment résistante par le méat, et tenant le doigt indicateur gauche au fond de la plaie, afin de maintenir et de diriger le bout de la sonde, aussitôt qu'il aura dépassé la partie antérieure du canal, j'essaye de retrouver le bout postérieur. Je réussis assez facilement, et, dès ce moment, l'urine s'écoule par la sonde (1/2 litre), sanguinolente et fétide. Injection intra-vésicale, détersive et émolliente. Je fixe la sonde, recommandant de vider la vessie toutes les quatre heures (1^{gr},20 de sulfate de quinine).

Le soir, amélioration manifeste. Injection intra-vésicale.

7 avril. Nuit bonne. 100 pulsations. Urines plus abondantes, encore fermenteuses, mais nullement fétides (1 gramme de sulfate de quinine).

Dès ce jour, l'amélioration continue, et le 12 la plaie périnéale est complètement cicatrisée. Je change la sonde, éprouvant seulement un simple ressaut quand l'extrémité de l'instrument arrive au niveau de la partie blessée.

16 avril. Je supprime la sonde à demeure.

20 avril. Le blessé urine parfaitement; nous lui recommandons seulement de se sonder deux fois par jour, afin de maintenir le calibre du canal.

Depuis cette époque, j'avais perdu de vue ce malade, qui a quitté Béziers, quand, ces derniers jours, son maître m'a appris que J. P... était souffrant et éprouvait de grandes difficultés pour uriner. Il est donc probable que, négligeant de se sonder, le blessé a dû se laisser constituer un rétrécissement cicatriciel.

Cette observation m'a paru intéressante :

1° Par ce qu'elle est un nouvel exemple d'un accident très rare, la déchirure du canal de l'urèthre survenant à la suite d'une simple dislocation de la symphise pubienne, sans fracture osseuse. Ce fait peut donc être rapproché de celui que signale Voillemier, dont le blessé avait été pris sous un éboulement. Chez mon malade, on peut légitimement penser que le fût plein de vin et pesant

600 kilogrammes, passant rapidement et pressant le bord externe et supérieur de l'os coxal, à gauche, a pu, à défaut d'une fracture, entraîner un chevauchement du pubis, ce chevauchement n'étant que momentané, puisque nous n'avons observé aucun déplacement, mais étant suffisant cependant pour entraîner une déchirure complète de la partie membraneuse de l'urèthre, qui resta ainsi comme le seul témoin de cette lésion du bassin;

2° Cette observation démontre encore qu'on ne saurait, sans de graves dangers pour la vie des blessés présentant une rétention d'urine, multiplier le nombre des ponctions hypogastriques, pratiquées soient-elles avec les précautions les plus grandes.

Dans le cas qui m'occupe, les accidents fébriles et urémiques n'ont apparu que dès le moment où, après la troisième ponction, les urines ont été sanguinolentes, ce sang ne pouvant provenir que de la lésion de quelque vaisseau vésical qu'il me semble bien difficile d'éviter. Il est à noter, en effet, qu'au niveau de la lésion uréthrale, je ne trouvai ni pus, ni urine, mais seulement des caillots formant bouchons, et ayant, par cela même, joué un rôle protecteur contre l'infiltration;

3° Enfin, on peut conclure de cette observation, quand on considère surtout la disparition à peu près immédiate de tous les phénomènes graves que présentait le blessé, aussitôt après que l'incision du périnée m'eut permis d'introduire une sonde dans la vessie et d'y faire des lavages, on peut conclure, dis-je, que la périnéotomie est sinon le seul, du moins le meilleur moyen qu'on puisse et doive opposer à la rupture traumatique de l'urèthre.

A cet égard, je partage entièrement l'opinion de mes collègues de la Société de chirurgie, les Drs Cray, Terrillon, et les professeurs Guyon et Duplay, pour lesquels la ponction hypogastrique ne saurait constituer qu'un simple moyen palliatif, et qui conseillent de recourir d'emblée à la périnéotomie, cette opération ayant l'avantage de parer aux accidents immédiats et mettant à l'abri des complications ultérieures.

En finissant, je dois signaler la facilité avec laquelle la sonde soutenue et guidée par mon doigt a pu retrouver le bout postérieur du canal uréthral et pénétrer ainsi dans la vessie. Cette fois encore se trouve confirmée l'opinion du professeur Guyon, qui, à la séance du 6 décembre 1876, affirmait que la recherche du bout postérieur n'offre habituellement aucune espèce de difficulté, quand la lésion du canal est encore récente.

M. le président annonce que M. le Dr Parise (de Lille) assiste à la séance.

A propos du procès-verbal et de la suture des tendons.

M. Charles Monod lit une note additionnelle au rapport qu'il a présenté dans la dernière séance sur les *sutures tendineuses.*

Dans ce travail il énumérait les divers procédés mis en usage pour remédier au trop grand écartement des extrémités du tendon rompu. Il a trouvé depuis lors l'indication de deux tentatives nouvelles faites pour arriver au même but. Il croit, pour être complet, devoir les rapprocher de celles qu'il a déjà mentionnées.

La première appartient au Dr Karl Löbker. Elle est rapportée dans les *Archives de médecine*, sous ce titre : *Résection osseuse pour permettre la suture des tendons et des nerfs trop courts*[1].

Il s'agissait d'un homme de 22 ans, blessé à la face palmaire de l'avant-bras droit, à 3 centimètres au-dessus du poignet. Cinq mois plus tard on put constater, au cours d'une opération réparatrice qui fut tentée sur la demande du malade, que les tendons du cubital antérieur et du long supinateur, ainsi que l'artère radiale, étaient seuls intacts ; tous les autres tendons des fléchisseurs, l'artère cubitale, les nerfs médian et cubital étaient coupés. Au bout de deux heures de recherche et de dissection on s'aperçut que l'écartement des bouts sectionnés était tel qu'aucune réunion n'était possible.

On se décida alors à retrancher une certaine longueur des os de l'avant-bras. Le radius et le cubitus furent réséqués à 3 centimètres au-dessus de l'articulation sur une longueur de 5 centimètres.

Les os furent réunis avec des fils d'argent. Les tendons et les nerfs coupés, dont les extrémités pouvaient alors être rapprochées, furent suturés avec des fils de soie ou de catgut. Les résultats furent les suivants : réaction locale assez vive mais qui cède. Con solidation osseuse se faisant attendre trois mois. Par le massage et l'électricité, on parvient à ramener dans les doigts, auparavant tout à fait immobiles, un mouvement actif allant jusqu'à l'angle droit ; le pouce eut quelque faibles mouvements de flexion et d'opposition. La sensibilité, qui était abolie complètement dans la région du médian, presque complètement dans celle du cubital, reste extrêmement faible.

On ne peut s'empêcher, dit le Dr Le Bec, à la suite de l'analyse qu'il donne de ce fait, de trouver que l'on a fait courir au malade de très grands risques, pour atteindre un bien faible résultat, qui, du reste, était à prévoir.

M. Monod s'associe en partie à cette remarque. Il fait observer

[1] *Archives de médecine*, avril 1885, t. I, p. 485, et *Centralblatt f. chirurgie*, 1884, n° 50.

cependant que l'impotence qui résulte de la perte des mouvements des doigts (il s'agissait de la main droite) est telle qu'elle justifiait peut-être une tentative opératoire, hasardée sans doute, mais qui, grâce au pansement antiseptique, pouvait être considérée comme peu dangereuse. Dans un cas moins désespéré, où les sections tendineuses et nerveuses auraient été moins multipliées, l'intervention aurait peut-être donné un meilleur résultat.

La seconde opération, mentionnée par M. Monod, appartient au Dr Gluck (de Berlin). Il émettait, à la fin de son rapport, l'idée que les essais expérimentaux récemment faits sur les animaux pour obtenir des *greffes* tendineuses et musculaires pourraient peut-être trouver application chez l'homme dans des cas analogues à ceux de M. Schwartz.

C'est à cet ordre de tentatives qu'appartient celle du Dr Gluck. Il eût l'idée de remplacer les tendons extenseurs coupés et perdus sur une étendue de plusieurs centimètres, par des tresses de catgut, formant de véritables tendons artificiels. Les malades ainsi opérés ont été à deux reprises présentés par le Dr Gluck à la Société de médecine de Berlin. Le compte rendu auquel ces faits sont empruntés est malheureusement très concis. Il y est simplement dit : « Que les tresses de catgut n'ont pas été résorbées, que les résultats de cette opération ont été excellents; que, par exemple, l'index d'une des opérées, dont le tendon extenseur avait été aussi remplacé dans presque toute l'étendue du métacarpe, fonctionnait d'une manière aussi exacte que possible. »

On sera sans doute tenté de vérifier sur le texte original l'exactitude de ce fait extraordinaire[1].

Il a semblé cependant à M. Monod que les observations de Gluck ainsi que celles de Löbker, méritaient au moins une courte mention.

Rapport.

M. Marc Sée lit un rapport sur un travail intitulé :

Quelques considérations sur la périnéorrhaphie,
par le Dr Schwartz.

Messieurs, sous le titre : *Quelques considérations sur la périnéorrhaphie*, M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux, a lu à cette

[1] *Société de médecine berlinoise*, séance du 25 février 1885. — *Semaine médicale*, 11 mars 1885, p. 79.

tribune, il y a environ six semaines, la relation de deux opérations de périnéorrhaphie faites par lui, avec succès, très peu de jours après l'accouchement qui avait donné lieu à la rupture du périnée, alors que la surface des plaies commençait seulement à se couvrir de bourgeons charnus. Cette pratique, on le sait, n'est pas celle de la majorité des chirurgiens : toutes les fois que la réunion n'a pas été opérée immédiatement, ou au moins dans les seize premières heures après l'accouchement, on attend généralement, ainsi que l'ont conseillé Roux et Velpeau, que la période puerpérale soit passée depuis un certain temps, avant de procéder à la restauration du périnée.

Le *premier fait* raconté par M. Schwartz date de 1880; il est relatif à une femme de 22 ans, primipare, atteinte d'une rupture totale du périnée qui remontait dans l'étendue de 6 centimètres sur la cloison recto-vaginale. Appelé trois jours après l'accouchement, notre collègue constata que les bords de la déchirure commençaient à bourgeonner légèrement et à suppurer. Toutes les conditions lui paraissant favorables, il céda aux sollicitations de l'accouchée et pratiqua la suture le cinquième jour, d'après le procédé de Jude Huë et de Gaillard Thomas.

Naturellement il n'eut pas besoin d'aviver les surfaces de la plaie; il lui suffit de *gratter un peu les bourgeons charnus* avec une spatule, et d'enlever, avec des ciseaux courbes, quelques parties superficielles de couleur grisâtre, qui semblaient escharifiées. Il toucha ensuite avec la solution phéniquée forte les surfaces ainsi préparées pour la suture et poussa une irrigation antiseptique tiède dans le vagin. Les sutures furent faites au fil d'argent; quatre points furent appliqués sur la muqueuse vaginale; trois points de suture enchevillée réunirent les parties profondes du périnée, qui reçut, en outre, une ligne de sutures superficielles. L'opération terminée, nouveau lavage du vagin à l'eau phéniquée faible, et les jours suivants, injections phéniquées répétées trois ou quatre fois par jour. Les sutures superficielles furent enlevées le sixième jour, les sutures profondes le huitième jour, et les sutures vaginales le onzième jour. La veille, l'opérée était allée à la garde-robe sans encombre. La guérison fut complète.

La *seconde observation* est celle d'une femme de 25 ans qui fut accouchée au forceps en septembre 1884 et eut le périnée rompu dans cette opération. La déchirure, ainsi que M. Schwartz le constata trois jours après, était totale et se prolongeait de 4 centimètres environ sur la cloison. A ce moment, les surfaces de la solution de continuité étaient couvertes d'eschares en différents endroits.

Enhardi par son succès de 1880, M. Schwartz proposa l'opération et la pratiqua le cinquième jour après l'accouchement, en pro-

cédant, d'ailleurs, comme la première fois. Avec une spatule et à coups de ciseaux courbes, il enleva les parties grisâtres et rendit les surfaces sanglantes; puis suture métallique du vagin, complétée par trois points de suture vulvaire au crin de Florence; suture métallique profonde du périnée, enchevillée, dont les fils furent retenus par des bouts de sonde entourés de gaze iodoformée; enfin suture superficielle du périnée, au crin de Florence. De la gaze iodoformée fut appliquée sur les lignes de suture du vagin et du périnée, et une couche d'ouate phéniquée sur ce dernier. Ce pansement, maintenu par un bandage, fut renouvelé journellement pendant trois jours, puis tous les deux jours. Les sutures furent enlevées comme dans la première observation, six jours après l'opération, un lavement émollient nécessité par le ballonnement du ventre amena une selle abondante, qui n'entrava nullement la réunion. La guérison ne laissa rien à désirer.

Il est indubitable que, si la périnéorrhaphie se présentait toujours dans les conditions favorables qu'a rencontrées M. Schwartz, il y aurait tout avantage à la pratiquer peu de jours après l'accouchement. Au cinquième ou sixième jour, en effet, comme il le fait remarquer, si des complications graves devaient se produire du côté de l'utérus ou de ses annexes, elles se seraient déjà manifestées; la lactation est établie à ce moment ou commence à se supprimer chez les femmes qui ne nourrissent pas. Du côté des parties génitales, les portions de tissus qui doivent s'éliminer ont commencé à se détacher, ou du moins leur teinte grisâtre indique leur élimination prochaine. Enfin la paroi recto-vaginale, légèrement enflammée au niveau de la rupture, a une épaisseur très remarquable, surtout quand on la compare à celle d'une cloison cicatrisée après l'accouchement. Cette considération nous semble d'une importance capitale; M. Schwartz a été vivement frappé, dit-il, dans les deux faits qu'il a rapportés, de l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, de la facilité avec laquelle les deux surfaces se rapprochent sans tiraillements et sans section par les fils appliqués.

Ces avantages sont réels et personne ne songera à les contester. Et cependant les recommandations de Nélaton, qui le premier a conseillé la réunion secondaire, ont été peu suivies, et c'est la pratique opposée qui a prévalu. Est-ce parce qu'on craint encore de réunir des surfaces enflammées ou en suppuration. Non, certainement. C'est plutôt parce qu'on se trouve rarement dans les conditions qui peuvent faire espérer le succès de l'opération. Il faut dire d'abord que les grandes déchirures du périnée surviennent de préférence chez des femmes privées d'assistance ou dont l'accouchement a été mal dirigé. La sage-femme ou l'accoucheuse inexpérimentée qui a vu se produire des accidents de cette gravité laisse

volontiers passer un certain temps avant de demander conseil à un praticien plus entendu, dans l'espoir que la nature réparera plus ou moins complètement les désastres qu'elle n'a pas su prévenir; et lorsque, enfin, on se décide à réclamer les secours de la chirurgie, depuis longtemps l'heure propice à une réunion secondaire est passée.

Mais, dans notre opinion, il arrive plus souvent encore que le chirurgien, même appelé en temps utile, juge que les lésions sont de telle nature qu'ils rendent la réunion secondaire impossible. Il ne suffit pas toujours de gratter avec une spatule quelques bourgeons charnus et d'enlever avec des ciseaux courbes de petits lambeaux mortifiés ou menacés de gangrène pour créer des surfaces aptes à la réunion, surtout quand cette réunion est rendue plus difficile encore par l'impossibilité où l'on se trouve de protéger suffisamment la ligne de suture contre les liquides putrescibles qui coulent incessamment de l'utérus et du vagin. Dans ces cas, force sera toujours d'attendre que les phénomènes puerpéraux aient disparu et que l'état local soit devenu plus favorable; et quand l'état général et local, après un temps plus ou moins long, se seront modifiés convenablement, on trouvera que les parties déchirées, cicatrisées isolément, ont subi des modifications de forme et de siège qui rendront l'opération plus difficile et plus compliquée.

Aussi bien M. Schwartz est-il loin de prétendre que la réunion secondaire soit applicable à tous les cas; il la subordonne à l'état général, je crois qu'il eût pu ajouter, et à l'état local de la malade. Aux exigences qui peuvent se présenter et s'appuyant sur les deux faits qu'il a observés, il se borne à attirer de nouveau l'attention sur cette opération, pour la tirer de l'oubli dans lequel elle semble avoir été laissée.

Avant de terminer ce court rapport, je dois vous dire quelques mots d'une observation de périnéorrhaphie faite par M. Schwartz dans des conditions toutes différentes de celles dont il vient d'être question. Il s'agissait de guérir une fistule recto-vulvaire consécutive à un abcès de la région, chez une femme âgée de 45 ans. Située un peu à gauche de la ligne médiane, cette fistule s'ouvrait en avant dans le vestibule, en arrière un peu au-dessus du sphincter; elle ne livrait passage qu'à des gaz. Après avoir tenté inutilement de fermer cette fistule par des procédés divers, M. Schwartz, se conformant aux préceptes donnés par plusieurs chirurgiens, divisa tout ce qui se trouvait au-dessous de la fistule, fit un nettoyage complet du trajet avec la curette de Volkmann, puis opéra la suture du périnée par le procédé de Jude Huë. Mais des accidents pulmonaires graves vinrent entraver la guérison, le jour même où l'on avait renouvelé le pansement, de sorte que lorsqu'on enleva les

premiers fils, au dixième jour, le succès final paraissait fort douteux. Effectivement, neuf jours plus tard, la désunion était presque complète.

La malade quitta l'hôpital dans cet état. Mais quand M. Schwartz la revit, au bout de trois mois, les choses, à sa grande surprise, s'étaient bien arrangées : la brèche du périnée s'était considérablement réduite, le sphincter anal fonctionnait d'une manière assez satisfaisante; il n'existait plus de fistules, mais seulement une cicatrice un peu enflammée par le frottement, et la malade retenait les fèces, solides ou liquides, et même les gaz, quand les contractions rectales n'étaient pas trop fortes.

Malgré ce résultat incomplet, causé par des circonstances accidentelles, on peut admettre avec M. Schwartz que l'opération qu'il a pratiquée n'a pas été sans avantage pour la malade. Son observation montre, du reste, ce qu'on peut espérer de la cicatrisation spontanée, après un échec opératoire qui avait semblé complet au premier abord.

Je dois rappeler à ce sujet que l'opération faite par M. Schwartz a été conseillée et exécutée nombre de fois avec un plein succès par des chirurgiens français et étrangers, et que notre collègue M. Monod nous a donné un historique complet de la question à l'occasion d'un fait de cette nature qu'il a communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du 18 octobre 1882.

J'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, de remercier M. Schwartz de son intéressante communication et de déposer son travail dans nos archives.

Les conclusions du rapport de M. Sée sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

M. Terrier donne lecture de l'observation suivante :

Kyste hydatique de la face inférieure du foie. — Laparotomie. — Extirpation incomplète du kyste. — Guérison.

Messieurs, les laparotomies faites dans le but de traiter les kystes hydatiques du foie sont assez exceptionnelles pour que, dans leurs articles des Dictionnaires, MM. Jules Simon, en 1872, et Rendu, en 1879, n'en aient pas dit un mot. Ce dernier auteur, parlant du diagnostic des kystes de la face inférieure du foie, croit devoir les distinguer d'une dilatation de la vésicule biliaire[1]. Mais

[1] *Dict. encyclop. des sciences médicales*, 4e série, t. III, p. 229, 1879.

c'est tout, et il ne pense pas plus à l'extirpation de l'une que de l'autre tumeur après la laparotomie. Depuis, les choses ont quelque peu changé, et si l'on est autorisé à faire l'ablation de la vésicule biliaire dilatée ou remplie de calculs, on peut être ainsi conduit à pratiquer une laparotomie pour extirper un kyste pédiculé de la face inférieure du foie, ainsi que le prouve l'observation suivante :

R... (Eugénie), âgée de 19 ans, entre fin octobre 1884 à l'hôpital Bichat, pour se faire débarrasser d'une tumeur abdominale volumineuse. Quelques jours à peine après son entrée, la petite malade est obligée de sortir, l'administration ayant fait évacuer le service pour y placer des cholériques, qui d'ailleurs n'y sont jamais venus.

Elle rentre, *le* 13 *décembre* 1884, salle Chassaignac, lit n° 24. Cette jeune fille, dont les parents sont en bonne santé, n'a jamais été malade depuis une affection oculaire grave, survenue à l'âge de 6 ans. Cette maladie, probablement une ophthalmie purulente, lui a fait perdre presque totalement la vue, par suite de l'opacification des cornées. Réglée à 12 ans, les menstrues ont toujours été régulières depuis cette époque. Pas d'écoulement pathologique dans l'intervalle des règles.

Il y a quatre ans, la malade s'aperçut que son ventre grossissait, de plus elle ressentait des douleurs dans le flanc droit, douleurs exaspérées par la marche et lors des époques menstruelles. Depuis, l'accroissement du ventre fut graduel, sans brusque poussée, et s'accompagnant de quelques phénomènes gastriques : renvois acides, nausées, etc. Les douleurs siégeaient toujours à droite, vers le flanc, et le ventre paraissait plus développé de ce côté que de l'autre, au moins au dire de la malade.

Pas de constipation. Pas de troubles de la miction.

Lors de l'entrée de la malade à la salle Chassaignac, on constate que le ventre est distendu par une tumeur régulièrement arrondie, mobile verticalement et dans le sens transversal. Cette tumeur occupe la région ombilicale, l'hypogastre, les fosses iliaques, et arrive jusque sous les hypochondres gauche et droit.

Elle est fluctuante, mais assez tendue et rénitente au palper ; on n'y sent pas de bosselures appréciables, sauf à droite, vers la fosse iliaque, encore celles-ci sont-elles peu accusées.

La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic mesure 82 centimètres.

De l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 13 centimètres.

De l'ombilic au pubis, 17 centimètres.

Enfin, de l'ombilic aux épines iliaques antéro-supérieures, il y a 18 centimètres à droite et 17 à gauche.

La tumeur distend donc l'abdomen d'une façon à peu près égale à droite et à gauche.

Au toucher, l'utérus est petit et très mobile, les culs-de-sac du vagin sont libres, sauf le cul-de-sac latéral droit, où l'on sent la tumeur.

Le diagnostic est formulé : kyste de l'ovaire, probablement congé-

nital, c'est-à-dire dermoïde, vu le jeune âge de la malade, développé primitivement à droite.

L'évidence des symptômes et la nécessité fatale d'intervenir ne nous conduisit pas à faire de ponction exploratrice.

L'opération fut faite *le* 6 *janvier* 1885, avec l'aide de mes amis MM. Périer, Berger et G. Richelot.

L'anesthésie, facile, sans phénomènes d'asphyxie, fut faite par M. Berger.

L'incision médiane sous-ombilicale fut rapidement conduite jusqu'au péritoine, qui, incisé au bistouri, fut largement ouvert avec des ciseaux mousses. Quelques pinces hémostatiques furent placées sur les vaisseaux intéressés par la section sous-ombilicale. On aperçoit alors le kyste, à parois épaisses et sans adhérences visibles. Le trocart de moyen calibre, muni de l'aspirateur Mariaud, est plongé dans la tumeur, et il s'écoule environ 3 à 4 litres d'un liquide clair comme de l'eau de roche, suivant la formule consacrée. A la fin de la ponction, le trocart paraît obstrué par une matière d'aspect colloïde. Quoi qu'il en soit, on cherche à attirer la tumeur au dehors, mais sans résultat suffisant, aussi l'incision de la paroi abdominale est-elle agrandie en haut et en bas avec les ciseaux mousses. En haut, on passe directement à travers l'ombilic.

C'est alors qu'on s'aperçut que la tumeur avait son pédicule en haut et à droite. Du côté du bassin, la main, plongée dans le ventre, sent très distinctement les deux ovaires et le fond de l'utérus, d'ailleurs parfaitement libres d'adhérences. Le pédicule est fort large et toute traction exercée sur lui détermine aussitôt des accidents de dyspnée. En tout cas, il tient à la face inférieure du foie, mais il est impossible d'en préciser exactement le point d'implantation.

En présence de cette insertion inattendue et du volume du pédicule, on résolut de fixer ce dernier au dehors, en haut de l'incision abdominale. A cet effet, le kyste fut largement ouvert avec les ciseaux et il en sortit aussitôt une coque fibrineuse acéphalocystique. De plus, les parois de la tumeur, épaisses de 3 à 4 millimètres, donnèrent du sang artériel et nécessitèrent l'application de 7 à 8 pinces hémostatiques sur des artérioles sectionnées.

Le kyste, ou plutôt sa paroi, est alors suturé à la paroi abdominale par 8 points de fils d'argent qu'on serre sur des incisions verticales faites au moment de chaque suture. De plus, toujours pour éviter l'hémorrhagie, la paroi réséquée est liée avec deux fils de soie qu'on passe entre chaque point de suture d'argent, à la fois dans la peau et dans la paroi kystique.

La suture de l'abdomen est faite avec six fils d'argent profonds et trois points superficiels.

L'opération, pratiquée sous le spray et avec les précautions de Lister, a duré une heure cinq minutes.

Un drain est placé dans la partie restante du kyste et pénètre à 2 centimètres de profondeur.

Pansement de Lister.

Le soir de l'opération, un vomissement, et on fait 2 injections d'une solution de morphine au 100ᵉ (1/4 de seringue chaque fois). P. 112, R. 30, T. 38°,6.

7 *janvier*. La malade urine seule. 800 grammes sont éliminés en 24 heures. État général assez bon. P. 96, R. 29, T. 38°.

Le soir, après 2 piqûres de morphine, on a : P. 118, R. 36, T. 39°.

8 *janvier*. Des gaz sont rendus par l'anus. État général assez bon.

Matin : P. 112, R. 27, T. 38°,8.

Soir : P. 120, R. 34, T. 39°,4. 700 grammes d'urine en 24 heures.

9 *janvier*. Premier pansement; on constate un léger suintement sanguin au niveau d'une des sutures de la paroi kystique. 3 fils superficiels sont enlevés.

Matin : P. 116, R. 28, T. 39°.

Soir : P. 130, R. 30, T. 40°. Réaction fébrile intense. 500 grammes d'urine.

10 *janvier*. 2 piqûres de morphine. 500 grammes d'urine en 24 heures. Même état général.

Matin : P. 120, R. 32, T. 39°.

Soir : P. 130, R. 40, T. 40°. Oppression de toux.

11 *janvier*. 2 piqûres de morphine le soir et à minuit. Deuxième pansement, ablation de 3 fils profonds, pas de suppuration. Oppression et toux grasse. La quantité d'urine éliminée n'a pas été notée.

Matin : P. 120, R. 38, T. 39°.

Le soir, la malade rentre dans la salle. T. 40°.

12 *janvier*. Troisième pansement; pas de suppuration. Tendance à l'escharification de la région sacrée. L'état fébrile diminue.

Matin : 38°,8; soir, 39°,5.

La malade urine 1,300 grammes en 24 heures.

13 *janvier*. L'amélioration continue. T. matin, 38°; soir, 39°.

14 *janvier*. La suppuration du pédicule commence au niveau de quelques sutures. La température reste élevée à 39°,6 matin et soir.

15 *janvier*. Matin : 39°,6; soir, 38°,8.

16 *janvier*. Pansement; on enlève les deux derniers fils à suture de la paroi et quatre des sutures du pédicule kystique. La suppuration est entièrement établie et la température tombe à 38°,1 le matin et 38° le soir.

Du 17 au 20 *janvier*, la température oscille entre 38°,2 et 37°,6, minima.

21 *janvier*. T. 38°. Le pédicule forme une véritable eschare, qui commence à s'éliminer. La suppuration est abondante.

23 *janvier*. On excise une partie de ce pédicule sphacélé, ce qui, de 38°, fait remonter la température à 39° le soir.

2 *février*. Les pièces du pansement offrent, depuis quelques jours, une teinte jaune brunâtre, et cette teinte offre son maximum d'intensité au niveau de la plaie assez profonde qui a succédé à l'élimination de l'eschare du pédicule, plaie qu'on panse à l'iodoforme pulvérisé.

3 *février*. On cesse le pansement iodoformé, et cependant la teinte brun vert du pansement persiste.

4 *février*. Il s'écoule de la plaie un liquide visqueux, jaune brun, ayant l'aspect de la bile. Examiné chimiquement, ce liquide contient toutes les matières colorantes de la bile.

La suppuration persistante du pédicule fait monter la température du soir presque toujours à 38° ou 38° et quelques dixièmes. Du reste, l'état général est excellent et l'alimentation se fait très bien.

6 *février*. Depuis le 4, pansement avec de la vaseline boriquée et gaze de Lister.

8 *février*. Pansement au chloral; toujours la même coloration, et il n'y a plus d'iodoforme dans la plaie.

10 *février*. Pansement.

13 *février*. Pansement; toujours la même teinte, mais moins intense. La fistule diminue d'étendue et la cicatrisation se fait bien.

17 *février*. Pansement.

24 *février*. Pansement; état général excellent; embonpoint notablement augmenté.

1er *mars*. Pansement au chloral tous les quatre ou cinq jours.

La cicatrisation s'avance; l'écoulement de la bile est beaucoup moindre, presque insensible.

18 *mars*. Pas d'écoulement de la bile, la fistule paraît presque fermée.

Depuis quelque temps la malade se plaint d'une douleur sourde et continue dans le côté gauche.

Pansement tous les quatre ou cinq jours.

2 *avril*. La fistule persiste encore; pas d'écoulement de la bile.

24 *avril*. Depuis une huitaine de jours un fil de soie se présentait à l'orifice de la fistule; aujourd'hui il est complètement détaché. Cautérisation de la fistule au nitrate d'argent.

5 *mai*. Exeat en parfait état; très engraissée; viendra se faire panser tous les cinq jours jusqu'à complète cicatrisation.

Celle-ci a lieu le 20 mai, c'est-à-dire quatre mois et demi après l'opération.

Examen du kyste. — Il est constitué d'une paroi fibro-vasculaire, inégalement épaisse, très vasculaire, contenant une vésicule hydatique volumineuse ne contenant aucune autre vésicule dans son intérieur et pleine d'un liquide limpide, cristallin. La paroi est feuilletée, épaisse; la membrane germinale ne porte pas d'échinocoque à sa surface.

La tunique adventice, examinée au microscope, est ainsi constituée d'après l'examen de notre ami M. Malassez, chef du laboratoire du Collège de France.

Une couche interne fibreuse dense, composée de faisceaux conjonctifs adultes. Plus en dehors, le tissu conjonctif moins dense

est pourvu de nombreux vaisseaux très dilatés; ce qui, par places, donne au tissu l'aspect caverneux. Plus en dehors encore, le tissu conjonctif est moins vasculaire et contient des tubes d'apparence glandulaire, ramifiés en certains points et plus ou moins dilatés. Cette dilatation est parfois assez considérable pour constituer de petits kystes visibles à l'œil nu. Le revêtement des tubes glandulaires est constitué par une seule couche de cellules cylindriques plus ou moins hautes, serrées les unes contre les autres et formant une bordure d'épaisseur presque uniforme. Par places, il semblerait presque que ces cellules cylindriques aient été surmontées de cils vibratiles. Ces cellules épithéliales, qui en certains points semblent reposer sur une membrane propre, comblent parfois presque complètement la lumière du tube glandulaire. Enfin, du côté externe, la paroi kystique examinée est limitée par du tissu conjonctif plus ou moins infiltré de sang.

En résumé, il ne se trouve dans les coupes examinées aucun élément caractéristique d'un organe quelconque. Les tubes épithéliaux pourraient cependant être comparés aux tubes excréteurs d'une glande. Et dans ce cas, ajouterons-nous, ne peut-on être en présence des tubes excréteurs de la bile, des canaux biliaires persistants, les cellules hépatiques étant atrophiées?

Vous me permettrez quelques remarques à la suite de cette observation. Signalons tout d'abord à votre attention la difficulté du diagnostic, surtout à la période où j'ai vu la malade, c'est-à-dire lorsque la tumeur remplissait l'abdomen.

Une ponction exploratrice eût peut-être éclairé le diagnostic; toutefois je n'en suis pas sûr, car on eut évacué le liquide eau de roche classique, ce qui eût fait penser à un kyste parovarien bien plutôt qu'à un acéphalocyste.

L'opération a été, en fait, des plus simples; on s'est conduit comme on doit le faire lorsqu'on ne peut enlever toute la masse kystique, c'est-à-dire qu'une partie de la paroi kystique a dû être fixée à la paroi abdominale, non plus en bas, mais en haut de l'incision médiane.

Un point à signaler, c'est la vascularisation extrême de cette paroi, d'où la nécessité de placer de véritables ligatures entre les points de suture d'argent, ligatures étreignant à la fois la paroi kystique et les téguments.

Les suites de l'opération différèrent assez notablement de ce qui se passe dans les opérations faites pour les kystes ovariques. La miction fut vite rétablie ainsi que le cours des gaz intestinaux, mais la température s'éleva rapidement pour atteindre 40°, les quatrième, cinquième et sixième jours qui suivirent l'opération. Y a-t-il eu à cette époque un peu de congestion pulmonaire, le fait

nous paraît probable, en tout cas les symptômes abdominaux étaient nuls.

Jusqu'au moment de la suppuration du pédicule, et surtout de l'élimination de celui-ci, dont la paroi interne kystique fut en quelque sorte sphacélée, la température resta élevée au-dessus de 38°.

Enfin, ce fut après cette élimination, c'est-à-dire une vingtaine de jours après l'opération, qu'on s'aperçut de la coloration verte des pansements, coloration attribuée tout d'abord à l'iodoforme, mais dont l'origine biliaire ne fut bientôt plus discutable. Notons toutefois que cette bile était fort mélangée de mucus et n'a jamais coulé abondamment. Cette fistule biliaire dura presque deux mois, et ce ne fut qu'au bout de quatre mois que la plaie, succédant à l'élimination du pédicule, fut fermée. A cette date, la malade put être considérée comme guérie entièrement.

Malheureusement, il reste un point noir dans cette histoire : depuis sa sortie de l'hôpital, ma petite opérée souffre encore du côté droit, et, ces jours derniers, nous avons constaté une nouvelle voussure de la région épigastrique, au-dessus de la cicatrice du pédicule, voussure qui nous semble suspecte et probablement symptomatique d'une nouvelle néoformation kystique.

Quoi qu'il en soit, messieurs, en raison de la singularité de ce fait et de la thérapeutique opératoire qui a été utilisée avec succès, j'ai voulu vous communiquer cette observation, ignorant si plusieurs d'entre vous n'ont pas observé et opéré des kystes semblables.

Discussion.

M. Tillaux. Tout en félicitant M. Terrier de son succès, je crois qu'il eût été bon de ponctionner la tumeur avant de l'opérer. Pour mon compte, je suis bien décidé à ne jamais ouvrir le ventre, surtout chez une femme jeune, sans avoir pratiqué au préalable cette ponction. On ne doit pas oublier d'ailleurs que certains kystes guérissent à la suite de ces ponctions, et quelque rare que soit ce mode de guérison, il y a avantage à en faire bénéficier les malades.

Le liquide des kystes para-ovariens a beaucoup d'analogie avec le liquide des kystes ovariens, j'en conviens, mais cependant la ressemblance n'est pas absolue. Le liquide des kystes para-ovariens est toujours un peu plus louche que le liquide des kystes hydatiques. D'ailleurs le liquide des kystes contient des crochets qu'il est toujours facile de reconnaître.

M. Terrier. Je suis d'accord avec M. Tillaux sur ce point, que j'aurais dû faire une ponction exploratrice ; toutefois les avantages

d'une semblable ponction ne sont pas aussi absolus qu'il veut bien le dire, puisque, quel qu'ait été le résultat de notre examen du liquide, j'aurais toujours dû recourir à une laparotomie pour débarrasser la malade.

Il faut savoir, d'ailleurs, que la ponction des kystes hydatiques est loin d'être aussi bénigne qu'on pourrait le croire. En tous les cas, elles sont plus graves que les ponctions des kystes para-ovariens, et l'on en a signalé un certain nombre qui ont été suivies d'accidents sérieux et même mortels.

Je reconnais que la couleur des kystes para-ovariens est plus foncée que celle des kystes hydatiques, et que l'analyse microscopique permet de reconnaître dans ces derniers la présence de crochets. L'analyse chimique vient également fournir des renseignements pour le diagnostic, et ces renseignements sont quelquefois plus précieux que ceux fournis par l'analyse microscopique.

La guérison des kystes para-ovariens à la suite de simple ponction est possible, j'en conviens, mais elle est si rare — pour mon compte je n'en connais qu'un cas authentique — qu'il n'y a guère à espérer une pareille terminaison. La règle c'est la reproduction du liquide du kyste.

M. Verneuil. M. Terrier nous dit que si la ponction de sa tumeur lui avait permis de faire le diagnostic de kyste hydatique, il n'en eût pas moins agi comme il l'a fait. Cela revient à dire que, pour lui, la laparotomie est la méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques du foie.

Je ne partage pas son avis à cet égard.

J'ai observé un homme atteint d'un kyste hydatique descendant jusque dans la fosse iliaque, et qui se présentait dans les mêmes conditions que sa malade; j'ai fait une première ponction — car je suis, à l'égard des ponctions exploratrices pour les tumeurs du ventre, du même avis que M. Tillaux — puis j'ai achevé le traitement en passant dans la poche une grosse sonde en caoutchouc, par laquelle j'ai pratiqué journellement des lavages antiseptiques. Ce traitement dura quelques mois, cela est vrai, mais le malade guérit radicalement, et je ne lui avais pas fait courir les risques d'une laparotomie.

Une pareille opération pourra peut-être devenir dans l'avenir l'opération de choix, mais dans ce moment-ci je crois que c'est une proposition hardie qui ne me paraît pas devoir être recommandée aux médecins et aux chirurgiens moins habiles que M. Terrier. Quant au pédicule qu'il a trouvé, j'avoue que je ne m'en explique pas la présence dans un kyste hydatique du foie.

Il m'est souvent arrivé, comme à M. Terrier, de constater un écoulement de bile quelques jours après l'opération.

M. Trélat. Que M. Terrier n'ait pu faire le diagnostic précis de la tumeur qu'il a eu sous les yeux, cela n'a rien qui m'étonne, étant donné la difficulté du cas actuel; mais dans cette intéressante et un peu compromettante observation, je constate que la tumeur, en raison de son volume et de l'espace qu'elle envahissait, pouvait très bien être confondue avec un kyste ovarique : il en résulte donc que, quand il s'agit d'un gros kyste, on doit se préoccuper, comme siège, de la région hépatique; mais je me joins à MM. Tillaux et Verneuil pour dire qu'il eût été bon en pareille circonstance de pratiquer une ponction exploratrice ; probablement la nature du liquide extrait eût permis de faire le diagnostic.

M. Tillaux. La ponction dont j'ai parlé n'est pas seulement une ponction exploratrice, elle est évacuatrice, et c'est un moyen de traitement.

M. Terrier. La question de la ponction préalable a été diversement interprétée : on a été jusqu'à dire que c'est *un crime* de faire cette ponction, et qu'on commet *une faute* de ne point la pratiquer; cette parole est de notre président actuel. Je ne veux pas insister sur l'opinion de Lawson Tait, qui croit qu'en faisant une ponction on diminue la quantité de fibrine et qu'on expose les malades à la production d'une embolie après la grande opération : c'est là de la pure fantaisie. Je ne présente pas l'opération que j'ai faite comme une opération de choix dans le traitement des kystes hydatiques du foie. Je me borne à déclarer que, pour certains kystes de la partie inférieure du foie qui se sont partiellement énucléés du parenchyme hépatique, au point d'être pourvus d'un véritable pédicule, qui peuvent être confondus avec une dilatation de la vésicule biliaire, on doit faire une ponction ; et cela fait, on peut être autorisé à extirper cette tumeur.

L'intervention, pour moi, est différente dans les kystes de la face concave et dans ceux de la face convexe : pour les premiers, j'aurais grande tendance à agir comme je viens de le dire plutôt que de ponctionner avec un gros trocart, et c'est pour la seconde variété que je réserverais cette dernière manière de procéder.

Lecture.

M. Cruveilhier lit une observation intitulée :

Obstruction intestinale produite par un calcul biliaire.

Je viens vous apporter une observation d'obstruction intestinale par calcul biliaire.

Cette observation est intéressante moins peut-être par sa rareté que par les contradictions diagnostiques auxquelles elle a donné lieu; par les symptômes insidieux qui ont déterminé, de la part d'un de nos collègues du bureau central, une intervention très cliniquement déduite, bien que superflue, et enfin par le tort que j'ai eu de mon côté de m'abstenir en face d'une lésion curable par la laparotomie.

Je dis que ce fait n'est pas très rare, car en quelques heures j'en ai recueilli une douzaine d'exemples; un des plus intéressants, par sa similitude avec l'observation actuelle, a été présenté en 1827 à la Société anatomique par notre vénérable maître M. Monod.

Les observations de cet ordre doivent actuellement être recueillies avec plus de soin que par le passé, car elles n'avaient autrefois que l'intérêt de faits anatomo-pathologiques; mais de nos jours les succès de la laparotomie doivent pousser le chirurgien à se rendre compte si par une étude approfondie des symptômes on ne pourrait arriver à fixer le diagnostic et régler l'intervention.

Voici le fait :

Le 12 mai, la nommée R... (Estelle), âgée de 55 ans, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon. La visite venait de finir, et un de mes internes, sachant qu'un de nos collègues du bureau central était à l'hôpital, le fit prier de voir la malade.

Le chirurgien constata dans la région inguinale gauche une petite tumeur en forme de boudin longue de 3 ou 4 centimètres; observant en outre tous les signes d'étranglement : refroidissement général, voix cassée, vomissements fécaloïdes ; apprenant qu'un médecin de la ville envoyait la malade à l'effet de subir l'opération de la kélotomie, il se décida à pratiquer cette opération, tout en faisant quelques restrictions sur la netteté des indications : évidemment pour lui c'était un cas anormal. Une fois l'incision faite, on ne rencontra plus la tumeur qu'avait révélée la palpation ; le canal inguinal parut absolument sain et la plaie fut refermée et suturée.

Ajoutons que la malade se déclara soulagée et qu'à l'autopsie la plaie opératoire était réunie par première intention; cette incision exploratrice n'eut donc aucune conséquence fâcheuse.

A ma visite du lendemain je constatai la persistance des symptômes; vomissements fécaloïdes, température à 35°, pouls insensible, le facies abdominal n'est pas en rapport avec la profonde dépression de l'économie, et la malade n accuse pas de douleurs vives de l'abdomen, qui, du reste, n'est pas ballonné; il semble seulement bombé un peu dans la région épigastrique.

Je posai la question de la hernie réduite en masse; mais les internes qui avaient assisté à la kélotomie niaient toute tentative de taxis; l'idée même de l'existence d'une hernie était repoussée par eux.

Je pensai ensuite à une hernie ovalaire dont M. Trélat nous a rapporté un si bel exemple, mais je ne trouvai aucun signe qui me permît de me rattacher à ce diagnostic.

Restait à se poser la question de l'étranglement interne et de la laparotomie.

Ce qui me décida à ne pas intervenir, ce fut, en dehors de l'état misérable de la malade, car son pouls ne se sentait plus et sa température était à 35°, l'absence de ballonnement du ventre, signe clinique important. C'était un des préceptes de Nélaton, que les malades qui présentent des signes d'occlusion sans tympanisme étaient atteints en général d'une affection organique. Ce qui venait corroborer encore cette idée, c'est que la malade nous affirmait qu'elle avait déjà éprouvé les mêmes symptômes disparus spontanément après quelques jours d'un état analogue.

Le soir, les symptômes ayant paru s'aggraver encore, l'interne de garde, estimant avec juste raison que sa conscience l'obligeait à fournir à la malade une dernière chance de salut, fit demander un chirurgien du bureau central. Ce dernier examina la malade avec soin, il pratiqua le toucher rectal sans rien rencontrer de suspect, malgré le champ d'investigation étendu que lui permettait d'embrasser la dimension inusitée de ses phalanges; il constata un ballonnement du ventre limité au-dessus de l'ombilic; dans la fosse iliaque gauche une sorte d'empâtement en masse, et en déprimant la paroi abdominale il lui semblait arriver sur une petite tumeur dure. Le diagnostic fut tumeur de nature cancéreuse, siégeant dans l'intestin grêle, et l'abstention fut la conséquence de ce diagnostic.

Du reste, le dénouement semblait si proche que l'opération paraissait à peine pouvoir être tentée, et cependant j'insiste sur ce fait : la malade vécut encore cinq jours, bien qu'à toutes mes visites du matin je crusse la voir pour la dernière fois. Pendant ces

cinq jours les symptômes persistèrent, la température ne dépassa pas 34°,5, les vomissements fécaloïdes furent un peu moins fréquents; les douleurs abdominales étaient à peu près nulles au dire de la malade, qui mourut le 20 mai au matin dans un état d'algidité complète, à la suite d'un déplacement qu'on lui faisait subir pour remplacer ses vêtements et ses draps souillés par les vomissements.

Aucun aliment n'avait été ingéré depuis seize jours; plusieurs lavements de peptone ne purent pénétrer, ce qui semblait impliquer l'existence d'une obstruction intestinale située dans la dernière partie du gros intestin.

Nécropsie. — On ne constate ni péritonite ni épanchement péritonéal.

Une grande partie de l'intestin grêle et le gros intestin sont revenus sur eux-mêmes.

En examinant avec soin l'hypochondre droit on trouve au niveau du bord antérieur du foie une masse où sont confondus la vésicule du fiel et l'angle droit du côlon. Une légère traction faite sur le gros intestin amène une petite fissure par laquelle s'écoule un liquide blanc jaunâtre, analogue à du chyme coloré par de la bile : ce petit orifice permet d'apercevoir des calculs contenus dans l'épaisseur de la vésicule. Ces calculs, au nombre d'environ 40, sont d'assez petit volume, sauf l'un d'eux, qui offre à peu près un pouce de diamètre. Le doigt introduit dans la vésicule constate d'abord qu'elle est très friable, et de plus qu'elle communique largement avec le duodénum.

En dépliant les anses intestinales, on trouve à 3 mètres du cæcum un corps étranger, dur, qui remplit toute la lumière de l'intestin ; j'incise les tuniques intestinales et je vois que ce corps étranger n'est autre qu'un volumineux calcul biliaire qui était cause de l'arrêt des matières. Ce calcul, en forme de cône, a sa pointe dirigée vers la partie inférieure du tube digestif, tandis que sa base est tournée vers le duodénum ; à son niveau la muqueuse est saine et l'intestin ne présente aucune ulcération ni rétrécissement.

Je vous présente les deux principaux calculs. Celui qui a déterminé l'occlusion a comme diamètre 40 millimètres sur 35, et son poids est de 18gr,05.

Le gros calcul contenu dans la vésicule biliaire pèse 10gr,30, et son plus grand diamètre est de 27 millimètres. Les 43 autres calculs ne pèsent à eux tous que 9gr,30.

La structure du calcul le plus volumineux est très intéressante ; il est recouvert dans sa moitié antérieure et surtout à sa pointe par une enveloppe dure et cassante comme du verre, avec une appa-

rence micacée. Il répond à peu près à la description que le professeur Cloquet avait donnée des entérolithes : ce fait semble prouver, en effet, que c'est dans l'intestin que se forme cette couche minérale, puisque aucun des calculs contenus dans la vésicule biliaire ne présente de couche analogue.

M. Sounié-Moret, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, a bien voulu analyser le calcul le plus volumineux. Il est presque entièrement composé par de la cholestérine; quant à la matière minérale de l'enveloppe, on y rencontre de l'acide phosphorique et de la soude.

Les viscères abdominaux une fois extraits en totalité, on procède à la dissection attentive de la pièce anatomique.

En examinant le foie par sa face postérieure, on constate une adhérence entre la première portion du duodénum et la face postérieure de la vésicule biliaire ; cette adhérence siège à 3 centimètres et demi du pylore et intéresse la face antérieure du duodénum : c'est à ce niveau que se trouve la communication déjà signalée et qui peut admettre très facilement l'index. Sur la face postérieure de la vésicule l'ouverture est située à 6 centimètres du fond de la vésicule et un peu sur le bord gauche.

Le mésocyste est enflammé, épaissi, et donne à la vésicule une rigidité très grande. Les canaux cystique, cholédoque et hépatique sont sains et perméables.

Il n'y a pas d'adhérence avec le côlon transverse; en outre des 45 calculs trouvés sur la vésicule biliaire, on trouve dans l'estomac 4 ou 5 calculs biliaires, bien qu'on n'en ait rencontré aucun dans les vomissements.

J'ajouterai pour terminer que la région inguinale gauche, au niveau de laquelle avait été pratiquée la kélotomie, ne présente aucune dépression des fossettes inguinales ; il n'y avait donc jamais eu de hernie, la réunion de l'incision était complète.

Cette observation prête à un certain nombre de considérations que je ne ferai qu'indiquer.

La première est l'utilité de l'intervention chirurgicale. Bien que cette utilité ne soit pas douteuse, il faut faire cependant quelques restrictions à son sujet.

Il semble évident que la maladie consistant essentiellement en un obstacle apporté à la circulation intestinale par la présence d'un corps étranger, l'obstacle une fois levé, le malade sera hors de danger ; mais notre observation montre que deux circonstances auraient pu compromettre le résultat obtenu. En premier lieu, la présence dans le vésicule biliaire d'un calcul volumineux dont la migration était imminente en eût reproduit tous les accidents ; en

deuxième lieu, il existait une cholécystite, et la friabilité des parois de la vésicule exposait le malade à une péritonite par perforation peu d'instants après que le résultat heureux de la laparotomie eût semblé couper court à toute inquiétude; du moment où nous admettons comme acquise l'éventualité d'une intervention, il m'a paru intéressant de chercher si quelque chose dans la marche et les signes de l'affection ne permettrait pas à un observateur attentif et prévenu d'être mis sur la voix du diagnostic.

Le premier fait qui frappe dans un certain nombre d'observations, c'est l'existence antérieure d'accidents analogues ayant brusquement cessé : dans certains cas ces crises so sont reproduites à plusieurs reprises.

Il faut noter aussi l'âge des malades ; les calculs biliaires sont fréquents aux approches de la vieillesse, a dit Durand-Fardel.

La durée de l'affection et la lenteur qu'elle met à évoluer m'ont paru un signe diagnostique important ; notre malade a résisté 16 jours sans prendre aucune espèce d'aliments ou de boissons, même par la voie rectale, et n'a succombé qu'aux progrès de l'épuisement nerveux et avec une athermie presque sans exemple, à peine 34°.

Le ballonnement du ventre, si prononcé dans le cas d'iléus, manque ici d'une façon à peu près complète, et nous en pouvons fournir la raison anatomique. L'obstacle en effet se trouvant situé en général dans la portion supérieure de l'intestin grêle, les anses intestinales se trouvent situées en grande partie au-dessous de l'obstacle et sont aplaties et affaissées.

Le ballonnement ne saurait tenir non plus à la péritonite, qui complique au contraire si rapidement les étranglements par brides, etc., parce que la séreuse ne pourrait être intéressée dans l'ordre de faits qui nous occupe qu'après un travail ulcératif ayant atteint de dedans en dehors toute la paroi de l'intestin.

Il y a de plus une connexité entre cette absence de ballonnement et cette indolence du ventre si remarquable dans notre observation.

L'absence de ballonnement et de douleur est si caractéristique qu'elle suffirait à elle seule à mettre sur la voie du diagnostic. J'ajouterai que cette indolence, à peu près absolue pour la région sous-ombilicale, ne persistait pas dans la région épisgastrique et l'hypochondre droit, et c'est là un signe clinique dont on doit tenir compte si l'on songe à la coïncidence si fréquente de la cholécystite et des calculs biliaires signalée déjà par L. Petit.

Il ne faut pas négliger d'examiner avec soin les vomissements, car la présence de calculs dans l'estomac signalée chez notre malade permet de penser qu'un ou plusieurs de ces calculs pourraient

être rejetés, et donnerait ainsi au diagnostic un caractère de certitude absolue.

Une fois l'intervention résolue, y aurait-il quelque modification à apporter dans la manœuvre de la laparotomie ? L'incision et la suture de l'intestin se feraient dans d'excellentes conditions, puisqu'on aurait seulement à fermer une incision peu étendue faite sur un viscère à l'état sain.

Il faudrait ajouter un temps rendu indispensable par l'examen anatomo-pathologique des faits, c'est l'exploration et le curage, si je puis m'exprimer ainsi, de la vésicule biliaire.

Présentation de malade.

M. Terrillon présente deux jeunes gens atteints de troubles nerveux, suite de traumatisme, et remet une note intitulée :

Troubles de la motilité et de la sensibilité succédant à un traumatisme sans lésions nerveuses appréciables, et pouvant être rapportés à l'hystérie.

Après un choc ou un traumatisme quelconque, on voit souvent apparaître, soit immédiatement, soit après quelques jours et progressivement, des troubles variés du système nerveux. Ceux-ci sont le plus souvent caractérisés par la paralysie ou l'anesthésie, aussi les chirurgiens ont pris l'habitude de considérer ces phénomènes comme étant le résultat d'une contusion directe ou indirecte des nerfs de la région.

Souvent cette interprétation est exacte et les suites de l'affection donnent raison aux hypothèses émises. Mais il arrive quelquefois que les résultats ultérieurs ne correspondent pas à ceux qui succèdent habituellement aux lésions véritables du système nerveux.

Il s'agit là de quelques états particuliers, venus sous l'influence du traumatisme, mais sans lésions appréciables, et qui doivent rentrer dans la grande classe des troubles produits par la maladie générale connue sous le nom d'*hystérie*.

Ce sont ces phénomènes sur lesquels je désire appeler l'attention de la Société de chirurgie, devant laquelle semblable question n'a pas été portée encore. On pourra voir, par les développements suivants, quelle peut être l'utilité pratique de ces connaissances.

C'est grâce à l'obligeance de M. le professeur Charcot, qui s'est

occupé le plus spécialement en France de ces troubles nerveux, que je puis vous entretenir de ces faits; les deux malades que je présente étant tous deux des pensionnaires de son service à la Salpêtrière et ayant été minutieusement examinés par lui.

Déjà des travaux importants ont été faits sur des faits analogues ou très voisins de ceux que je veux vous décrire.

Il s'agit de ces phénomènes d'affaiblissement, d'anémie musculaire, de paralysie localisée dans certaines régions, et succédant à des collisions par chemin de fer. Souvent des discussions soulevées entre les malades et les compagnies de chemins de fer, à propos de demandes d'indemnité, ont attiré l'attention des médecins experts et ont exercé leur sagacité.

Aussi plusieurs médecins anglais, entre autres M. Page, ont étudié déjà ces faits importants.

En Amérique, MM. Putnam et Waltan ont décrit des cas analogues. Enfin, M. Charcot, dans ses leçons; plusieurs de ses élèves, dans des articles, des mémoires ou des thèses, ont publié de ces intéressantes observations.

Sans m'arrêter au côté médical de ces travaux et à leur interprétation, sans discuter longuement ces phénomènes, qui relèvent directement de l'hystérie, je m'en tiendrai au côté purement instructif pour les chirurgiens.

Du reste, tous ces phénomènes seront d'autant plus compréhensibles que les exemples que je mettrai sous les yeux de la Société seront plus nets et plus frappants.

Je crois, avec mes trois malades, pouvoir vous faire saisir leur intérêt et leur importance.

L'hystérie du premier malade est particulièrement typique, non seulement à cause de la nature des effets produits et de leur délimitation, mais aussi à cause de l'absence des phénomènes nerveux généraux qui pouvaient tromper sur la cause de la maladie.

Observation I. — Le nommé P..., cocher, tombe de son siège, le 24 décembre 1884. Il éprouve, à ce moment, une douleur vive dans l'épaule gauche et le creux sus-claviculaire.

Cependant, il peut remonter sur son siège et conduire du bras gauche, le droit étant ou semblant affaibli.

Pendant quelques jours, il ne peut travailler, à cause de la douleur et d'une certaine impotence du bras droit. Cette impotence allait cependant en augmentant, lorsque, le 30 décembre, au matin, il vit que son bras ne pouvait plus se mouvoir et tombait flasque le long du corps.

Les doigts du milieu de la main présentaient seuls quelques mouvements.

Lorsqu'il entra à la Salpêtrière, on constata les phénomènes suivants :

1° Paralysie du bras et des muscles de l'épaule avec conservation de quelques mouvements dans les doigts;

2° Anesthésie commençant au-dessus de l'épaule, à la base du cou, et descendant jusqu'au poignet, la main ayant conservé la sensibilité;

3° Absence de la sensibilité musculaire;

4° Anesthésie de toutes les articulations qu'on peut facilement tordre et détordre sans provoquer de douleur;

5° Conservation de la contractilité électrique;

6° Aucun trouble trophique et aucun phénomène du côté de la calorification du bras ou de l'avant-bras.

On cherche chez lui les signes des troubles nerveux connus sous le nom d'*hystérie*.

On ne trouve que la diminution du champ visuel et la diplopie monoculaire, signes considérés comme des stygmates hystériques par M. Charcot; aucun autre signe.

Il est évident que si on ne tient compte que du traumatisme et de la paralysie musculaire, on sera tenté de considérer ce fait comme un exemple de contusion du plexus brachial, avec paralysie consécutive. Cependant quand on analyse avec soin les symptômes constatés, on arrive à cette conclusion que le plexus brachial n'a subi aucune lésion appréciable ou réelle.

Tout, en un mot, permet d'éloigner l'idée d'une contusion des nerfs du plexus brachial.

Pour démontrer ce fait, revenons sur quelques-uns des signes observés.

La paralysie semble complète, cependant quelques muscles de l'avant-bras fonctionnent encore quoique faiblement.

L'excitation fait contracter les muscles du bras et de l'épaule comme des muscles sains. Enfin, on ne constate ni amaigrissement, ni atrophie musculaire malgré l'époque déjà éloignée de la paralysie (près de cinq mois).

Il suffit d'énoncer ces faits pour montrer que la paralysie ne permet pas d'admettre une lésion dynamique des nerfs.

Mais poussons plus loin l'analyse et revenons surtout sur l'anesthésie.

Celle-ci commence au-dessus de l'épaule gauche et s'arrête au poignet pour ne pas envahir la main.

Or, nous savons que les contusions vraies du plexus brachial avec paralysie s'accompagnent d'une anesthésie qui ne remonte pas au-dessus du coude et de l'olécrâne et occupe toute la main, ce qui est le contraire au cas présent.

Enfin, nous trouvons chez ce malade des signes de nervosisme spécial dont l'ensemble constitue l'hystérie, maladie assez fréquente chez l'homme, d'après les faits observés par M. Charcot et par d'autres.

Je n'insiste pas davantage sur les explications qu'on pourrait donner de ces phénomènes bizarres.

Je veux, pour rendre plus complète la démonstration du fait que j'avance, montrer un second malade qui a présenté des phénomènes analogues au précédent, mais qui a montré des symptômes certains et prononcés d'hystérie ou hystéro-épilepsie concomitante [1].

Voici l'histoire de ce malade.

Obs. II. — P..., 18 ans, maçon, entré à la Salpêtrière le 11 mars 1885.

Antécédents héréditaires : père alcoolique, sœur hystérique; antécédents personnels : incontinence d'urine à cinq ans. Peu intelligent étant enfant, peureux et incapable de dormir sans lumière.

Le 22 mai 1884, dans une maison de construction, il tombe d'une hauteur de 2 mètres et se contusionne le bras et l'épaule gauches. Perte de connaissance trois jours après, faiblesse du bras gauche constatée à l'hôpital quinze jours après, entre à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate une insuffisance aortique, une paralysie du bras, non encore absolue, mais qui devait se compléter huit jours plus tard ; une hémianesthésie complète et un double rétrécissement du champ visuel. L'aimant ramena la sensibilité dans une partie du côté gauche, mais ne put la faire recouvrer au membre paralysé.

État actuel. — Paralysie flasque du bras gauche, complète. Anesthésie de tout le membre supérieur embrassant le moignon de l'épaule, et perte absolue du sens musculaire. Pas d'atrophie musculaire, pas d'exagération nette des réflexes. Rétrécissement considérable du champ visuel à gauche; abolition du goût, de l'odorat, de l'ouïe du même côté.

La présence de l'anesthésie et de sa distribution, des stygmates hystériques, l'absence de tout autre signe, permettent d'éliminer les hypothèses de contusion du plexus brachial, lésion embolique de l'écorce cérébrale, tumeur cérébrale.

Le 15 *mars*, en examinant la sensibilité, on trouve les points hystérogènes sous-mammaires, inguinal et testiculaire.

La pression sur ces points donne naissance aux deux auras, qui sont bientôt suivies de la première attaque que le malade ait jamais eue.

Elle est classique : phase épileptoïde, période des grands mouvements de salutation et arc de cercle, attitudes passionnelles avec hallucinations tristes et délire furieux.

[1] Elle est empruntée à un travail de M. Guinon, interne, paru dans la *Gazette médicale* du 16 mai 1885.

Le 17 *mars*, nouvelle attaque.

Le 19 *mars*, deux attaques.

Le 21 *mars*, nouvelle attaque, à la suite de laquelle le bras a récupéré ses mouvements.

Le 22 *mars*, M. Charcot reproduit facilement la paralysie par suggestion à l'état de veille.

Le 23 *mars*, une attaque vient de nouveau délivrer le malade.

La suggestion est impuissante à ramener la paralysie.

Le 24 *mars*, une attaque reproduit la paralysie.

Le 25 *mars*, une autre attaque ramène les mouvements, et depuis aucune suggestion n'a pu les abolir de nouveau. Le bras est très faible, mais le malade s'en sert bien.

L'anesthésie, la perte du sens musculaire, persistent ainsi que le rétrécissement du champ visuel et les autres troubles sensoriels.

Ainsi nous trouvons chez ce second malade, même traumatisme que chez le premier, mêmes phénomènes primitifs du côté du bras; mais nous constatons une différence importante qui résulte du tempérament plus manifestement nerveux des attaques qui caractérisent enfin l'hystérie.

Il existe un fait spécial, c'est la disparition de la paralysie après une attaque provoquée.

L'anesthésie et l'insensibilité musculaires persistaient seules et se séparaient de la contractilité dans le même segment du membre.

Il y a donc ici une amélioration rapide, inattendue, qui est due à une pure action nerveuse, centrale ou autre.

Tout porte à croire qu'un ébranlement nerveux de même nature, survenant chez le malade de l'observation I, pourrait donner le même résultat.

Nous comptons même sur un trouble semblable et inattendu, produit par un choc, une frayeur, etc., etc., pour voir sous cette influence disparaître sa paralysie.

Pour rendre encore plus palpable la différence qui existe entre l'état du bras de ces deux malades, état que nous attribuons à un trouble spécial du système nerveux central, sans lésion préalable, je rappellerai l'histoire d'un malade qui a présenté tous les symptômes d'une contusion du plexus brachial avec paralysie, lesquels ont persisté et amené après eux des troubles trophiques considérables.

Vous pourrez vous rendre compte de la différence qui existe entre ce malade et les deux précédents, et de la façon dont on peut établir le diagnostic et le pronostic de ces diverses variétés de troubles nerveux.

Obs. III. — D..., homme fort, vigoureux, habitué aux gros ouvrages.

Pas d'antécédents nerveux.

En avril 1884, il reçut sur l'épaule gauche, à son extrémité, une poulie de fer. (Ce fut la poulie qui porta sur l'épaule.) Le choc fut assez violent pour le précipiter à terre; mais le blessé ne perdit pas connaissance de suite. Pendant dix minutes environ, il resta conscient, et il se souvient que pendant ce temps-là il avait la sensation que son bras gauche ne lui appartenait plus. « Il me semblait, dit-il, que mon bras était parti. » — Alors survint la perte de connaissance.

A la suite de cet accident, D... eut le bras gauche paralysé. Il fut admis dans plusieurs hôpitaux et traité par l'électrisation; mais ce traitement ne put être continué à cause des douleurs qu'il occasionnait.

Le malade est examiné au service de M. le professeur Charcot, à la fin du mois d'août 1885, un an après l'accident.

On constate :

Anesthésie absolue à la piqûre et au froid dans une certaine partie du membre supérieur gauche.

La zone d'anesthésie comprend : la main, l'avant-bras et une languette qui remonte sur le bras un peu au-dessus du pli du coude, mais en avant seulement. En arrière, la zone d'anesthésie ne dépasse pas le coude.

Cette zone d'anesthésie a donc à peu près exactement les limites de celles qu'on observe après la rupture de la section du plexus brachial.

La sensibilité musculaire n'existe plus, ainsi qu'on peut le constater à la faradisation.

Il y a perte absolue du sens musculaire. Le membre supérieur gauche présente une atrophie énorme. La circonférence de l'avant-bras droit à la partie moyenne mesure 26 centimètres; à gauche, 20 seulement.

De même, le bras droit offre à la partie moyenne une circonférence de 29 centimètres; le gauche n'en mesure que 20.

On constate, de plus, la réaction électrique de dégénération portée à l'extrême : il y a perte de la contractilité musculaire sous l'influence non seulement de la faradisation, mais encore de la galvanisation.

Il existe enfin quelques troubles trophiques : les mains sont violacées; les ongles ont une apparence particulière.

Les faits les plus importants de ma communication peuvent s'énoncer dans les proportions suivantes : le diagnostic précis de ces paralysies est souvent difficile et demande un examen approfondi des malades.

Quelquefois on trouvera pour les expliquer un état nerveux spécial, diplopie monoculaire, rétrécissement du champ visuel, points hystérogènes, plaques anesthésiques ou attaques d'hystérie; souvent aussi on ne trouvera rien dans l'état général.

Le plus souvent, ces paralysies sans lésion nerveuse, qui ont eu pour cause un traumatisme, n'apparaissent complètes que quelques jours après l'accident.

On ne constate, malgré la durée de la paralysie, ni amaigris-

sement, ni diminution du volume des muscles, ni diminution de la contractilité électrique. Les muscles s'affaiblissent seulement par le manque d'exercice.

Ces phénomènes peuvent durer très longtemps, s'atténuer, se dédoubler (la contractilité musculaire reparaissait sans que la sensibilité revienne..., etc.), mais le retour est ordinairement brusque ou au moins rapide.

Une cause occasionnelle, une grande émotion, peuvent produire ces heureux résultats.

Quant au traitement, il est presque nul, et l'électrisation a jusqu'à présent semblé être le meilleur moyen d'agir contre cet état.

Aussi doit-on être réservé sur le pronostic, car on ne peut prévoir la durée de ces troubles et leur mode de guérison.

Je ne m'étendrai pas sur les explications qu'on a proposées pour se rendre compte des causes de ces phénomènes bizarres. D'après M. le professeur Charcot, il faut surtout faire intervenir la prédisposition nerveuse générale, s'appliquant aux deux sexes indifféremment, et connue sous le nom d'hystérie. Cette explication seule est satisfaisante, et permet de se rendre compte de la façon dont surviennent ces accidents. En effet, nous savons qu'on produit facilement des troubles analogues chez les femmes hystériques, en les soumettant au sommeil hypnotique.

Présentation d'instrument.

M. Poncet présente un nouvel instrument dit *explorateur acoustique de Cuignet*, destiné à faciliter le diagnostic des calculs prostatiques.

Il remet en même temps une note intitulée :

Calcul prostatique. — Taille prérectale. — Guérison. — Diagnostic exact par la sonde de l'explorateur acoustique de Cuignet.

Si l'on en juge par les observations récentes assez nombreuses publiées dans la presse médicale depuis quelques mois, les calculs prostatiques donnent souvent lieu à des difficultés sérieuses de diagnostic et de traitement. Ayant eu l'occasion en ces derniers mois d'opérer un malade atteint d'une affection de ce genre, j'ai eu à me louer de l'emploi d'un explorateur nouveau pour assurer le diagnostic, qui, en cette circonstance, présentait quelque obscurité. Je veux parler de l'explorateur Cuignet.

Le traitement lui-même a été mieux conduit, grâce à la préci-

sion des premières recherches, et, en somme, le malade guéri a profité de cette combinaison nouvelle.

Voici le fait :

M. X..., commandant de cavalerie, âgé de 46 ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans mon service, vers le 10 février, pour un rétrécissement de l'urèthre.

Vigoureux, d'une forte constitution, cet officier a subi, en 1862, deux fois l'uréthrotomie interne, faite par Sédillot. L'opération se compliqua d'une hémorrhagie grave.

Il y a un an, une uréthrite chronique se compliqua d'un abcès préscrotal qui s'ouvrit et laissa un cordon cicatriciel se dirigeant vers les régions profondes. Celui-ci existe encore et paraît toujours en relation avec le canal, car il donne de temps en temps un peu de pus et d'urine.

En examinant le malade, je constatai qu'une bougie à extrémité olivaire, de 5 millimètres de diamètre, passait sans aucune difficulté ; une sonde Béniqué n° 30 arrivait aussi très facilement dans la vessie; mais en touchant la région membraneuse, j'avais eu distinctement la sensation, avec le bec de la sonde, de petites concrétions calcaires rencontrées par l'instrument. Celui-ci, arrivé dans la vessie, ne donnait plus rien, et la courbure seule sortait de temps en temps. Il m'est arrivé plusieurs fois de passer la sonde métallique sans retrouver cette sensation de calcaire étranger.

Je me servis alors de l'explorateur acoustique Cuignet qui venait de m'être adressé pour l'expérimenter. J'employai la petite sonde flexible à extrémité métallique, et je pratiquai le cathétérisme en mesurant exactement la longueur à laquelle je devais rencontrer le corps étranger. Arrivé à 18 centimètres, je commençai à percevoir une crépitation fine, rendue très bruyante à l'oreille par le tube en caoutchouc, et facilement perçue par MM. les médecins aides-majors de service. Si la sensation avait été nette à la main, elle était décuplée par le conduit acoustique.

Après la crépitation inégale, interrompue, la sonde arrivait sur un corps plus dur, immobile, plus long; et il était permis, en faisant marcher la sonde, d'estimer à 1 centimètre au maximum la surface peu proéminente parcourue sous le contact continuel et sonore. Après cet espace, la sonde redevenait silencieuse, et l'exploration vésicale restait muette.

Enfin, par la direction de la sonde même portée à droite ou à gauche, il était possible de se rendre compte que la crépitation et le corps étranger venaient surtout du côté gauche.

Ainsi, par ce procédé, j'avais pu reconnaître une incrustation dans la région prostatique, incrustation pour ainsi dire pigmentée de la muqueuse, avec un calcul immobile d'un centimètre à peu près dans sa portion accessible au contact, et restant presque de niveau avec la muqueuse.

L'exploration par l'anus démontra une légère augmentation de volume

du lobe gauche prostatique; mais il fut impossible à plusieurs reprises de sentir la moindre trace d'un calcul à travers les enveloppes.

J'essayai avec les pinces de Hunter, le brise-pierre uréthral de Civiale, l'explorateur à curette de Nélaton, de saisir ou de refouler le calcul, quitte à le broyer ensuite dans la vessie. Toutes ces tentatives me permirent de toucher la surface du calcul, mais non pas de le saisir, ni même de le mobiliser. J'ajoute qu'elles fatiguaient le malade, qu'elles amenaient toujours du sang, et, bien que cet officier n'ait jamais eu d'accès de fièvre urineuse, vu ses antécédents uréthraux, vu son long séjour en Afrique, je me décidai à m'abstenir d'autres tentatives et à passer de suite à la taille ou à l'incision sur la prostate.

Le malade, endormi, fut opéré le 23 mars; l'incision prérectale demi-circulaire me conduisit, en décollant le rectum, sur le bec de la prostate; et là encore, malgré une exploration minutieuse *directe*, je ne sentis pas le calcul.

L'incision sur le corps étranger n'était donc pas possible; le lithotome arrêté à 1 centimètre fut conduit dans la vessie et ramené, après l'extraction du cathéter, sur le lobe gauche prostatique. L'incision ne me fit percevoir aucun corps étranger.

L'indicateur gauche explorant la région uréthrale du lobe prostatique gauche reconnaît alors les petites incrustations punctiformes isolées, lesquelles sont grattées et enlevées avec le mors de la pince.

Puis j'arrive sur un calcul beaucoup plus gros, fortement enchatonné dans le tissu glandulaire. Pour l'extraire avec les pinces uréthrales de Mathieu, je le brise en plusieurs fragments du volume d'un petit pois, quatre au moins, et j'en extrais un dernier de la grosseur d'un haricot. A ce moment, la troisième phalange de l'indicateur était logée en entier dans l'excavation prostatique.

La vessie ne contenait aucun calcul.

Les tissus étaient libres de toute autre concrétion; une injection phéniquée fut faite dans la plaie; un tube de drainage placé dans le trajet, et le pansement listérien, préparé par la pulvérisation intérieure, appliqué aussi exactement que possible.

Le malade a eu 37°,8 le soir même de l'opération; le lendemain, la température était le soir à 37°,4, et, depuis, elle n'a jamais remonté.

L'urine sortait par le canal dès le 28 mars, c'est-à-dire cinq jours après; la plaie bourgeonnait rapidement, et tout était cicatrisé le 15 avril.

Le malade quittait l'hôpital le 10 mai, parfaitement guéri, urinant largement; le petit trajet fistuleux pré-scrotal se résorbait et devenait à peine sensible.

Ce fait m'a paru mériter de vous être présenté, parce qu'il fournit quelques points intéressants dans le diagnostic et le traitement.

Il est certain que l'explorateur Guignet m'a permis d'établir un diagnostic d'une précision assez fine, que les sondes Beniqué avaient bien ébauché pour ainsi dire, mais que ni l'exploration

rectale ni le contaet direct du doigt sur la glande dans la plaie n'avaient pu confirmer. Cette petite sonde métallique avec son résonnateur me paraît donc devoir rendre des services réels dans les cas de ce genre.

Quant au traitement, ee fait démontre une fois de plus l'avantage, l'innocuité de la taille prérectale antiseptique sur les manœuvres intra-uréthrales d'extraction ou de refoulement. L'explorateur Cuignet avait révélé que le calcul ne faisait pas une saillie très sensible au-dessus du canal, et qu'ensuite il était solidement encastré. En constatant *in situ* combien l'extraction avec la pince était pénible, même après l'incision de la prostate, je crois que j'avais eu raison de ne pas prolonger davantage ces tentatives dangereuses.

Discussion.

M. Terrier trouve l'instrument eompliqué et pense qu'on peut arriver au même résultat pour le diagnostic à l'aide de la sonde exploratrice et du résonnateur.

M. Poncet dit qu'il avait pratiqué plusieurs fois le cathétérisme sans constater ee que cet instrument lui a révélé très aisément.

M. Horteloup fait observer que le calcul prostatique avait, chez le malade, été reconnu avant que l'opérateur ne se servît de son explorateur.

Présentation de pièce pathologique.

Sarcome de l'épiploon.

M. Bouilly présente un énorme sarcome du poids de 5 kilogrammes, qu'il a retiré de l'abdomen d'un homme. Cette tumeur siégeait entre les deux feuillets de l'épiploon et adhérait en haut à la grande courbure de l'estomae. Avant l'opération, on aurait pu croire à une tumeur du rein; le malade n'est opéré que de lundi dernier.

La séanee est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

Gillette.

Séance du 3 juin 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr Salzmann (de Helsingfors), remerciant la Société de l'avoir nommé correspondant étranger ;

3° Des lettres de MM. Terrier et Guéniot, demandant un congé pour la durée du Concours de chirurgie et d'accouchement des hôpitaux.

M. le président annonce que M. le Dr Parise (de Lille), membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal et de l'obstruction intestinale produite par un calcul biliaire.

M. Gillette. Je n'ai pu, dans la dernière réunion, en raison de la surcharge de l'ordre du jour, faire quelques remarques au sujet de l'observation de M. Cruveilhier sur l'*obstruction intestinale par un gros calcul biliaire*. Je demande la permission de m'y arrêter un instant aujourd'hui.

Ce fait, qui n'est pas des plus communs, mais qui n'est pas aussi rare que M. Cruveilhier a bien voulu le dire, vaut certainement la peine d'être analysé, et je m'étonne que M. Cruveilhier, en présence d'un cas aussi curieux, aussi original, n'ait pas jugé à propos, au lieu de dire simplement qu'en quelques heures il en avait recueilli une douzaine, de s'étendre plus longuement sur les principaux cas de ce genre publiés, sur la comparaison de ces faits et du sien, enfin sur les opérations dont ils sont justiciables.

Il cite l'observation de M. Monod père, qui remonte à 1827 ; c'est très bien, mais il en existe d'autres au moins aussi instructives.

Ainsi le cas de Leigh Thomas, que Littré mentionne dans l'an-

cien *Dictionnaire* en 30 volumes, est très curieux et possède plus d'un point de ressemblance avec celui que notre collègue nous a communiqué; il s'agissait de l'*obstruction du gros intestin par une pierre biliaire volumineuse qui donna lieu à tous les signes d'une hernie étranglée* (probablement on a voulu dire étranglement interne). Thomas proposa l'opération, le malade refusa, le calcul fut évacué et la guérison eut lieu.

Celui de H. Bourdon, signalé dans le *Dictionnaire* de Jaccoud par Luton, est relatif aussi à un calcul de la grosseur d'un œuf de poule; et il en imposa également pour une occlusion intestinale.

Enfin, Fauconneau-Dufresne, dans son travail sur cet intéressant sujet, mentionne plusieurs faits de cette nature dans lesquels les symptômes d'étranglement interne étaient bien confirmés.

Voici un autre cas qui m'est personnel : j'ai toujours gardé le souvenir d'une malade qui se trouvait à la Pitié dans le service de mon maître Michon; c'était au début de mes études, en 1856 ou 1857; une femme d'une soixantaine d'années portait une hernie crurale droite parfaitement réductible, et présenta le cortège des phénomènes de l'étranglement interne type : ballonnement du ventre, absence de garde-robe, vomissements bilieux, pas de gaz par l'anus, pouls petit, etc. Michon, qui était un chirurgien peu hardi, très prudent, n'opérant qu'à bon escient, temporisa, et bien lui en prit, la malade accusait du reste des attaques de coliques hépatiques antérieures; un matin on annonça que la malade venait de rendre une pluie, non, une *grêle de calculs biliaires;* 14 ou 15 de ces calculs biliaires avaient été expulsés par l'anus, la guérison eut lieu; il y avait eu obstruction intestinale momentanée par arrêt de ces calculs dans l'intérieur du tube intestinal.

Pour la *thérapeutique* employée chez la malade de notre collègue, elle a laissé, permettez-moi de le dire, quelque peu à désirer.

Je me hâte de dire que lorsque M. Cruveilhier la vit avec un abaissement considérable de la température, 35°, 34° même, je crois, il n'y avait qu'à temporiser, et il fit très bien, à mon avis, de ne pas pratiquer la laparotomie, qui n'avait à ce moment aucune chance de succès; mais la veille il en était autrement; on fit une kélotomie là où il n'y avait pas trace de hernie (l'autopsie en fit foi); cette erreur fut très préjudiciable à la malade au point de vue du retard de l'intervention, car c'était à ce moment-là qu'il eût été si opportun de se prononcer, soit pour l'entérotomie, soit pour la laparotomie; on a perdu, selon moi, un temps précieux. L'incision de la paroi intestinale sur le calcul aurait eu les plus grandes chances de réussir, et je dirai, en passant, que cette laparotomie, qui semble à beaucoup une opération de date récente, a pourtant,

en pareille circonstance, été conseillée par Meckel, il y a soixante ou soixante-dix ans.

Cet auteur érudit, qui a écrit une étude spéciale *sur* les calculs intestinaux, n'a pas hésité à engager les chirurgiens à pratiquer une incision de la paroi abdominale, quand on a la certitude de l'existence d'un calcul trop volumineux pour être expulsé par l'anus.

Quant au *curage* de la vésicule biliaire dont parle notre collègue à la fin de son observation, je ne m'en rends pas compte du tout.

Je sais bien que J.-L. Petit a conseillé l'incision de l'hypochondre droit pour pénétrer dans l'intérieur de la vésicule et extraire les calculs, opération qu'on a cherché à rééditer, dans ces derniers temps, grâce aux précautions antiseptiques.

Je sais bien aussi que Demarquay a été jusqu'à proposer la lithotritie des calculs biliaires par une fistule préexistante, opération assez médiocre bien qu'il ait réussi dans un cas. Mais le curage, je ne le comprends pas bien.

Pour ma part, je pense que si on avait, sur la malade en question, pratiqué la laparotomie en temps et lieu, comme cela aurait dû être fait au lieu d'une kélotomie intempestive, il aurait été bien difficile, par la même ouverture, de s'aventurer du côté des autres calculs biliaires existant dans les canaux excréteurs, et je termine en disant qu'il aurait été prudent de se borner simplement à enlever le calcul intestinal, cause principale, sinon unique, de tous les accidents.

M. Cruveilhier trouve que M. Gillette a été un peu sévère au point de vue du diagnostic relatif au cas qu'il a présenté. Trois chirurgiens avaient vu la malade, et il n'était guère possible d'éviter l'erreur commise. Quant à la kélotomie, elle n'a pas aggravé la situation de la malade. M. Cruveilhier n'a désiré faire aucune bibliographie dans l'observation qu'il a lue, il n'a voulu que rapporter un cas intéressant. Quant à la thérapeutique, il est de l'avis de M. Gillette et regrette que la laparotomie n'ait pas été pratiquée. Par le mot *curage*, il n'a voulu qu'indiquer qu'il y avait peut-être, en pareille circonstance, à se préoccuper de la vésicule biliaire.

M. Gillette n'a pas fait un crime, dans ce cas, de commettre une erreur de diagnostic, tout le monde y est sujet; il a dit que la kélotomie inutile qu'on a pratiquée a été préjudiciable non pas comme opération, mais comme retard apporté à la laparotomie qui devait être faite.

Présentation de pièce.

M. Verneuil présente, avec pièce anatomo-pathologique à l'appui, une observation nouvelle de *tumeur enchondromateuse du maxillaire supérieur*.

Communication orale.

M. Farabeuf fait une communication orale, avec pièces anatomiques à l'appui :

Sur l'anatomie de l'articulation scapulo-humérale.

(Anatomie de la capsule articulaire. — Fracture du col de l'omoplate par arrachement. — Agent ligamenteux de la réduction des luxations antérieures par le procédé de Kocher. — Nouvelle espèce de luxation en bas et en arrière, sous-tricipitale.)

Messieurs, je suis loin d'avoir l'intention de traiter dans son entier l'anatomie de l'articulation scapulo-humérale, encore moins toute la pathologie traumatique afférente. Je me bornerai aux points énoncés sur lesquels mon attention est attirée depuis quelques années. M. Assaky, aide d'anatomie, prépare un travail qui doit embrasser la question plus largement.

1° *Des ligaments qui renforcent la partie antérieure de la capsule.* — Voici une articulation scapulo-humérale disséquée. Les insertions musculaires ont été préparées et séparées de la capsule fibreuse afin de montrer le mieux possible l'extérieur de celle-ci. Le fait qui frappe tout d'abord, c'est la boutonnière antéro-supérieure, par laquelle le tendon qui reçoit la majeure partie des fibres du muscle sous-scapulaire pénètre dans la cavité articulaire (*fig.* 1). Cette boutonnière, parfaitement visible après l'excision du cul-de-sac synovial, a deux lèvres : supérieure et inférieure. La première est formée de fibres qui s'étendent du sommet de la glène à la petite tubérosité humérale, *par-dessus* le tendon pénétrant du sous-scapulaire. Ces fibres *sus-gléno-sus-humérales*, ligament *gléno-huméral* de plusieurs auteurs étrangers, sont accolées aux fibres du ligament de renforcement *coraco-huméral*. Ni l'un ni l'autre de ces ligaments n'est distinct de la capsule. Ils doivent cependant être signalés comme *ligaments supérieurs*, en raison de leur force, de leurs insertions et de leurs rapports avec le tendon bicipital. Mais je n'ai pas dessein d'insister sur ce point.

Au-dessous de la boutonnière de pénétration du tendon sous-scapulaire se trouve la partie antérieure de la capsule et les épaississements ou *ligaments antérieurs* qui la renforcent et qu'il faut, pour les bien voir, examiner par l'intérieur de l'articulation.

C'est d'abord le faisceau qui forme la lèvre inférieure de la boutonnière, faisceau variable dans son développement, qui s'insère

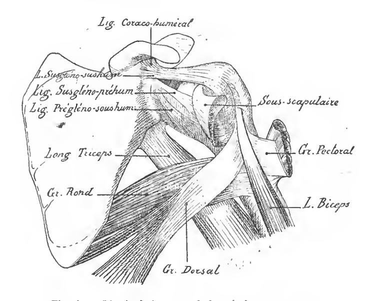


Fig. 1. — L'articulation scapulo-humérale vue en avant.

L'insertion du muscle sous-scapulaire a été détachée de la capsule et rejetée en dehors : on voit la boutonnière de pénétration du tendon de ce muscle, la tête humérale et la cavité capsulaire, en raison de l'écartement des os et de l'excision de la bulle synoviale sous-scapulaire.

au sommet glénoïdien, et descend en dehors s'attacher, élargi, devant le col anatomique de l'humérus, au voisinage de la petite tubérosité, *par-dessous* le tendon sous-scapulaire. Je l'appelle *sus-gléno-préhuméral* (*fig.* 2, 3).

C'est ensuite un autre faisceau qui se détache du bourrelet glénoïdien, au niveau de l'échancrure du bord antérieur de la glène, pour aller se fixer, très élargi, à la partie antérieure et inférieure du col huméral; je le désigne sous le nom de *prégléno-sous-huméral* (*fig.* 2, 4).

Quand ces deux faisceaux sont bien développés, on est frappé de la minceur de la capsule dans l'intervalle de leurs origines glénoïdiennes. En cet endroit, la synoviale peut même faire hernie et former un deuxième cul-de-sac sous-scapulaire, notamment

lorsque le muscle y adhérent se retire pour produire la rotation de l'humérus en dedans.

Les ligaments antérieurs déjà signalés par Schlemm en 1853 jouent, quand ils sont forts, un rôle évident dans la fixation de la tête humérale luxée en bas et en avant.

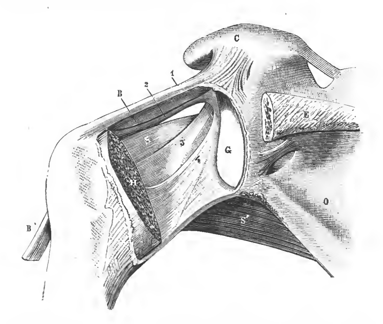


Fig. 2. — L'intérieur de l'articulation scapulo-humérale gauche vu d'arrière en avant après fenestration de la moitié postérieure de la capsule et résection de la tête articulaire.

O, fosse sous-épineuse de l'omoplate; E, épine de l'os (l'acromion a été scié); C, coracoïde; G, cavité glénoïde; H, surface de section du col anatomique de l'humérus; B, tendon bicipital intra-articulaire; B', le même en dehors de l'articulation; S, bord supérieur intra-articulaire du tendon sous-scapulaire; S', bord inférieur du même muscle visible dans l'angle scapulo-huméral. — 1, ligament coraco-huméral; 2, ligament sus-gléno-sus-huméral; 3, ligament sus-gléno-préhuméral; 4, ligament prégléno-sous-huméral; entre 2 et 3, boutonnière de pénétration du tendon sous-scapulaire; entre 3 et 4, portion mince de la capsule.

Soit une luxation sous-glénoïdienne : la capsule est perforée en dessous et la tête se dégage en avant, jugulée par la lèvre antérieure de la déchirure. Cette lèvre antérieure, c'est le ligament prégléno-sous-huméral. S'il ne cède pas, la luxation reste sous-glénoïdienne, c'est-à-dire inférieure, basse; s'il cède, le poids du membre tombant fait remonter la tête, établit le contact huméro-coracoïdien.

Ainsi l'on peut expliquer sans doute, pourquoi l'on décrit les luxations antérieures de la tête humérale comme basses ou hautes sans parler d'intermédiaires. Je dois dire, toutefois, que Schlemm affirme avoir vu la tête humérale sortir directement en avant, au-dessus du ligament prégléno-sous-huméral. Ce serait d'après lui la règle dans les luxations sous-coracoïdiennes. Nous manquons de faits pour contredire ou confirmer.

2° *Fracture du col de l'omoplate par arrachement.* — Les ligaments antérieurs qui renforcent la capsule humérale sont souvent

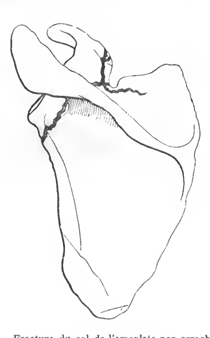


Fig. 3. — Fracture du col de l'omoplate par arrachement. (Expérience cadavérique.)

assez forts pour que leur ténacité, mise en jeu, détermine ou contribue, avec les ligaments supérieurs, à déterminer la rupture du col scapulaire.

M. le D[r] Cavayé a traité ce sujet dans sa thèse, Paris 1882. Voici entre autres deux expériences que je lui fis faire, pour le convaincre de la possibilité d'expliquer certaines fractures du col de l'omoplate autrement que par le choc direct de cette partie presque inaccessible.

L'omoplate ayant été immobolisée dans un étau, l'humérus fut fixé dans l'adduction et la rotation externe, afin de tendre la partie

supéro-antérieure de la capsule et de sceller pour ainsi dire la tête humérale à la cavité glénoïde.

Dans ces conditions, un choc violent porté derrière la tête de l'os du bras rompit le col de l'omoplate par arrachement (*fig.* 3).

Un autre membre ayant été fixé dans une attitude analogue mais avec rétropulsion du coude, un coup de maillet frappé sur le coude même et transmis aux ligaments par la tige humérale rompit encore le col de l'omoplate par arrachement.

3° *Agent ligamenteux de la réduction des luxations antérieures dans le procédé de Kocher.* — Il m'a toujours semblé difficile d'accepter l'opinion classique qui veut que la partie capsulaire supérieure ou coraco-humérale soit l'agent qui ramène la tête en dehors pendant les manœuvres de l'excellent procédé de Kocher.

Lorsque j'ai produit et disséqué une luxation sous- ou intra-coracoïdienne, avec léger écartement du coude et légère rotation en dedans, voici l'état des parties : la tête cartilagineuse regarde en arrière ; la partie supérieure de la capsule est dirigée maintenant en avant et en dedans; la partie postérieure de la même capsule se dirige également en dedans couvrant la glène.

Le rapprochement du coude (premier temps du procédé de réduction) laisse en place le pôle supérieur de la tête humérale, pôle où s'attachent les ligaments supérieurs ; il porte en dedans notablement le col chirurgical et la partie basse du col anatomique où s'insère la capsule postérieure intacte; de là, pour cette partie, commencement de distension.

La rotation externe considérable imposée ensuite à l'humérus fait d'abord pivoter sur place le pôle huméral supérieur, insertion du ligament supérieur ; mais elle enroule autour du cylindre huméral l'insertion de la capsule postérieure, qui bientôt se trouve distendue. Alors l'humérus, enchaîné par cette bande fibreuse, se déplace en masse, en roulant en dehors ; le sommet céphalique revient sous l'apophyse coracoïde, voire en dehors.

La surface articulaire humérale regarde maintenant en dedans et en avant; le bec coracoïdien est non plus sur le sommet, mais sur la pente du front ou de la tempe de la tête cartilagineuse lisse et glissante.

L'adduction du coude devant le thorax, qui termine la manœuvre, provoque la résistance de la partie inférieure de la capsule postérieure, qui ramène enfin la tête en place, d'autant plus facilement que le point culminant de l'humérus a déjà franchi le crochet coracoïdien.

J'ai fait un certain nombre d'expériences et j'en répète deux devant vous. Voici une première luxation. Je coupe les ligaments

supérieurs, mais je conserve la partie capsulaire postérieure : la réduction s'opère facilement. — Sur cette deuxième pièce, je coupe la partie capsulaire postérieure et conserve la supérieure. Le coude est au flanc ; j'opère la rotation externe, la tête pivote sur place, mais ne se transporte pas ; l'humérus va faire un tour entier sans que la luxation se réduise.

A mon avis, il ne suffit donc pas que le ligament coraco-huméral soit intact pour que le procédé de Kocher réussisse ; il faut surtout qu'il subsiste en arrière une attache solide, probablement plutôt fibreuse que musculaire. Si j'ai raison, les luxations très accentuées, intra-coracoïdiennes et sous-claviculaires, nécessairement accompagnées de rupture de la capsule postérieure, ne doivent pas être facilement justiciables du procédé de Kocher. A vous de dire, messieurs, si votre pratique est ou n'est pas d'accord avec cette opinion.

4° *Luxation en bas et en arrière sous-tricipitale.* — Ce titre indique une nouvelle espèce de luxation en arrière, par-dessous le tendon de la longue portion du triceps. Déjà (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, p. 778) je vous ai signalé la possibilité de produire sur le cadavre un tel déplacement de l'humérus. J'avais expérimenté après avoir cru reconnaître sur un marin adulte une telle luxation non réduite. Le coude était écarté du tronc et porté en avant, la tête humérale appuyée derrière l'omoplate à *deux travers de doigt* au-dessous de l'angle de l'acromion. Quel agent avait donc pu empêcher la tête de remonter au contact de l'épine scapulaire? Il me sembla, par la palpation, sentir la longue portion du triceps chevauchant sur le dessus du col anatomique de l'humérus.

L'expérimentation cadavérique permet de reproduire une lésion conforme.

Je relève le bras violemment pour déchirer la partie inférieure de la capsule ; à l'aide d'une poussée énergique et brusque ou d'un coup de maillet frappé sur le coude redressé, je fais descendre la tête humérale à plusieurs centimètres au-dessous de la cavité glénoïde et, naturellement, devant le tendon du triceps ; rabattant alors le bras en avant, la tête se porte en arrière et s'engage sous ce tendon, qui la retient et balance le poids du membre désormais fixé dans l'abduction et la prépulsion avec rotation en dedans plus ou moins marquée (*fig.* 4).

Les vaisseaux et nerfs circonflexes sont violentés, ils peuvent se déchirer sur le cadavre. Il m'a semblé que la tête tendait à se dégager toujours de cette anse névro-vasculaire, pour se placer dessous et s'en coiffer lors du rabattement du membre. Si l'on

opère la luxation sur une épaule dépouillée, l'on voit, quand le coude relevé est forcé en dedans, la tête humérale crever la capsule et se dégager péniblement au-dessus de l'anse vasculo-nerveuse circonflexe, comme la tête du fœtus au-dessus de la fourchette du périnée.

Lorsque la luxation est accomplie, la face profonde des insertions de la capsule et des muscles rotateurs est plus ou moins déta-

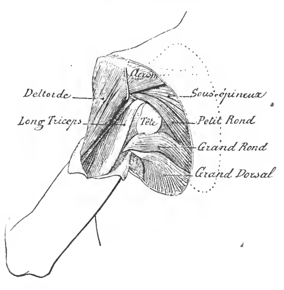


Fig. 4. — Luxation de l'épaule en bas et en arrière, sous-tricipitale.

Le crochet relève le bord postérieur du muscle deltoïde pour laisser voir le nerf circonflexe qui se dégage entre le tendon de la longue portion du triceps et l'insertion plus ou moins rompue du petit rond. (Expérience cadavérique.)

chée de l'humérus. La tête de l'os a besoin de cette demi-libération pour aller assez loin s'engager sous le tendon scapulaire du triceps.

Je ne crois pas que la tête humérale puisse rencontrer en arrière un obstacle à son ascension, autre que la longue portion du triceps. Je ne crois pas qu'il soit possible de produire une luxation en arrière au-dessus du tendon tricipital qui donne un intervalle notable entre la tête luxée et l'épine de l'omoplate. Dans mes expériences cadavériques, la ténotomie du triceps permettait toujours l'ascension de la tête.

F. Bottey (*Thèse de Paris*, 1884) a rapporté deux cas de luxation de l'humérus en bas et en arrière, qu'il regarde bien à tort, selon moi, comme le premier degré de la luxation sous-acromiale. Ce

jeune confrère n'a pas eu connaissance de ma brève communication de 1879; il n'a pas multiplié ses expériences cadavériques; et je ne veux pas me permettre de discuter en son absence la symptomatologie qu'il donne. Je n'en retiens qu'une chose qui ne peut être erronée : dans les deux cas, la tête humérale était à *deux doigts au-dessous de l'angle acromial* ou du bord postérieur de l'épine. Ce symptôme me semble caractéristique de la luxation que je qualifie *en bas et en arrière sous-tricipitale*.

Les deux faits de Bottey et le mien ont été observés en moins de cinq ans dans le même service hospitalier.

J'espère que, votre attention étant éveillée, vous ne tarderez pas à rencontrer, les uns ou les autres, quelques cas analogues à la luxation que je viens de caractériser et dont j'ai mis un exemple expérimental sous vos yeux.

Rapport.

M. Polaillon lit un rapport sur un travail de M. Ferret, chirurgien de l'hôpital de Meaux, intitulé :

Note sur la nature et l'étiologie de certains cas de fièvre urineuse.

Les accidents fébriles à types variés qu'on observe après les opérations sur les voies urinaires ont été attribués tantôt à l'introduction de l'urine dans le sang, tantôt à des lésions rénales préexistantes. D'après M. Ferret, ces notions étiologiques sont insuffisantes pour expliquer tous les faits. Il soutient que, dans quelques cas, la fièvre dite urineuse n'est autre chose que le retour d'une fièvre palustre sous l'influence d'une opération sur les organes génito-urinaires. Ces accidents fébriles sont tout à fait semblables à ceux que M. Verneuil nous a fait connaître à la suite des traumatismes chez les paludiques.

M. Ferret apporte quatre faits à l'appui de sa thèse :

1° Un homme de 27 ans porte un phimosis congénital et un rétrécissement de la portion terminale de l'urèthre. Rien ne peut faire croire que ce malade a une affection rénale. Il n'accuse comme antécédents morbides que des fièvres intermittentes, contractées il y a trois ans, et qui ont duré six semaines. Deux heures après la circoncision, le malade est pris d'un frisson prolongé, suivi de chaleur et de sueurs abondantes. Accès les jours suivants. Le sulfate de quinine en amène la cessation. Au bout de trois semaines, on sectionne le rétrécissement du méat et de la partie inférieure de

l'urèthre. Nouveaux accès de fièvre, identiques aux précédents, et qui cèdent au sulfate de quinine.

2° M. Ferret pratique l'uréthrotomie interne chez un homme de 30 ans. Une sonde est placée aussitôt après l'opération. La plaie uréthrale est donc, autant que possible, à l'abri du contact de l'urine. Cependant, il survient de violents accès fébriles qui se renouvellent les jours suivants. L'opéré n'avait point d'affection rénale. Mais il avait contracté, dix-huit mois auparavant, des fièvres intermittentes rebelles, dont il n'avait pu se débarrasser qu'en changeant de résidence.

3° Un homme de 30 ans, né aux environs de Mantoue, a eu la fièvre intermittente tous les ans, au mois d'août, jusqu'à l'époque où il est venu en France. Un simple cathétérisme avec une sonde molle en caoutchouc détermine chez lui des accès périodiques, qui cèdent au sulfate de quinine. Pendant que le malade est sous l'influence de ce médicament, M. Ferret pratique l'uréthrotomie interne, qui n'éveille aucune réaction fébrile, bien que le fonctionnement de la sonde à demeure soit fort défectueux.

L'efficacité curative et même préventive du sulfate de quinine dans la fièvre urineuse à accès franchement intermittents, alors qu'il échoue dans les autres formes cliniques de cette affection, est, pour notre confrère, une preuve que ces accès dépendent réellement d'une diathèse paludéenne.

4° Dans une quatrième observation, M. Ferret montre qu'une uréthrotomie interne chez un garçon de 19 ans n'est suivie d'aucun accident, bien que la sonde à demeure se soit déplacée et que le malade ait laissé couler ses urines sur la plaie opératoire pendant plusieurs mictions. Ce jeune homme ne présentait, en effet, aucun antécédent de fièvre intermittente d'origine palustre. Il s'était toujours bien porté et n'avait point d'affection rénale.

Nous partageons entièrement les idées de M. Ferret sur la nature et l'étiologie de certaines fièvres urineuses après les opérations sur les organes génito-urinaires. Son intéressant travail aura le mérite de rappeler aux chirurgiens l'origine paludéenne de ces fièvres et le moyen de les combattre, même de les prévenir par l'administration du sulfate de quinine.

Conclusions : Remerciements à l'auteur ; l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. M. Sée s'étonne que l'auteur du travail en question ait attribué à des fièvres intermittentes antérieures tous les cas d'accès

fébriles survenus par le cathétérisme. Il existe certainement bon nombre de malades chez lesquels ces accidents ne peuvent être considérés comme étant de nature palustre.

M. Polaillon dit que M. Ferret n'a pas généralisé ; il n'a voulu parler que de certains cas de fièvre urineuse.

M. Verneuil fait observer que la combinaison des deux est fréquente, et qu'il y a toujours lieu en pareille circonstance de ne négliger ni l'examen des urines, ni l'exploration de la région rénale. En tout cas le sulfate de quinine est bon, sinon infaillible, dans l'un et l'autre cas; par conséquent l'intérêt étiologique dans cette question est assez secondaire.

Les conclusions de M. le rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

M. Polaillon lit un second rapport sur une observation que M. Ferret a adressée à la Société et intitulée :

Plaie par arrachement du coude; solution de continuité du médian et son remplacement consécutif dans ses fonctions par le cubital.

Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui avait eu le membre supérieur gauche pris sous une machine à battre. L'articulation du coude était ouverte, et l'extrémité inférieure de l'humérus faisait saillie par la plaie. L'artère humérale était rompue. Le nerf médian, mis à nu dans l'étendue de 10 centimètres, était tendu comme une corde d'un bord à l'autre de la plaie.

Malgré un pansement antiseptique, la plaie suppure et prend un mauvais aspect. La portion dénudée du médian se mortifie et s'élimine. Néanmoins la plaie se cicatrise, et la guérison est complète sans ankylose du coude un mois après l'accident. A ce moment, les mouvements volontaires de flexion et d'extension, de pronation et de supination sont possibles, mais dans une petite étendue. La sensibilité et la contractilité musculaire sont normales dans toute la zone du nerf médian. Le nerf cubital supplée le médian dans ses fonctions, car, dit M. Ferret, en plaçant un des pôles sur le cubital, en arrière de l'*épitrochlée,* et l'autre pôle sur le muscle exploré, on obtient la contraction de ce dernier.

Cette observation nous donne un nouvel exemple de suppléance fonctionnelle après l'interruption de l'un des nerfs de l'avant-bras.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 43.7-85. *Le Gérant :* G. MASSON.

Lecture.

M. le Dr Lagrange (de Bordeaux) lit une observation intitulée : *Goître kystique. Thyroïdectomie. Modification du procédé de Rocher. Guérison.*

(Commission : MM. Bouilly, Perier, Berger, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Berthod, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Le Dentu, un homme à qui ce chirurgien a fait la *néphrectomie* le 14 mars dernier pour calculs rénaux. Le rein enlevé et qui a été déjà présenté à l'Académie de médecine, pesait 225 grammes, et avait une longueur de 16 centimètres. La suppuration a duré deux mois. Actuellement, la cicatrisation est complète ; la fonction de la miction s'effectue librement.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
Gillette.

Séance du 10 juin 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le président de l'Association française pour l'avancement des sciences, invitant la Société de chirurgie à se

faire représenter au congrès qui doit se réunir à Grenoble du 12 au 20 août 1885.

M. le Dr LANNELONGUE demande un congé pendant la durée du concours de médecins des hôpitaux dont il est juge.

M. le Dr CAUCHOIS, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, envoie à la Société deux mémoires :

1° *Anévrysme spontané des deux artères poplitées; ligature de la fémorale de chaque côté à la portion moyenne de la cuisse, etc.*

(Commission : MM. Nicaise, Dolens, Cruveilher, rapporteur.)

2° *Du cathétérisme rétrograde par la taille sus-pubienne combiné avec l'uréthrotomie externe dans un cas de rupture traumatique médiane de l'urèthre.*

(Commission : MM. Terrier, Terrillon, Monod, rapporteur.)

Une lettre de M. le Dr SURMAY (de Ham), membre correspondant, avec observation d'un énorme kyste hydastique.

M. le secrétaire général donne lecture à la Société de cette observation :

Énorme kyste abdominal, probablement du foie, ayant les apparences extérieures d'un kyste ovarique. — Ponction et évacuation. — Guérison, par le Dr SURMAY (de Ham), membre correspondant. (Résumé.)

Julie B..., 36 ans, voit son ventre augmenter de volume depuis 7 ans, sans que ses règles cessent d'être régulières; elle eut, il y a 15 ans, une péritonite locale. Une ponction faite, il y a 18 mois, a donné deux litres environ de sérosité limpide et citrine. Le ventre a grossi depuis sans grandes souffrances. L'examen fait croire à un kyste de l'ovaire dont la grosseur offre tous les caractères. Une nouvelle ponction, faite avec un trocart de 5 millimètres de diamètre, livre passage à un peu de pus et à des membranes que le microscope montre n'être que des hydatides flétries. Persuadé qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie, le Dr Surmay fait entrer la malade à l'hôpital, le 17 décembre 1882. Après quelques jours, il ponctionne de nouveau le kyste, mais avec un trocart de un centimètre de diamètre. Aidant la sortie du liquide et des hydatides avec une tige métallique, on arrive à recueillir 9 kilogrammes de matière, tantôt claire, tantôt trouble et épaisse. Mesurée dans divers sens, la poche a 52 centimètres de diamètre. On la lave avec de l'eau phéniquée au centième. On laisse en place la canule en fermant son robinet. — Ouate autour du ventre, alèse en ceinture.

Le lendemain, on lave de nouveau la poche avec de l'eau phéniquée au 40e; du pus, des hydatides, des gaz s'en échappent. Si forte a été l'injection (5 à 6 litres), si considérable, qu'éclatent des symptômes d'intoxication carbolique, arrêtés fort heureusement dès le 25 dé-

cembre. Dès lors, les injections sont faites avec de l'eau tiède, de l'eau boriquée à 3 0/0; elles ramènent toujours des débris d'hydatides. — A partir du 1er janvier, du pus seul s'écoule. — Le 5 janvier, la canule est remplacée par un gros drain, et, le 1er février, Julie B... quitte l'hôpital, ne conservant plus qu'une fistule et une masse épaisse dans le ventre, reste probable de la grosseur primitive. — État général très bon.

Examinant les conditions particulières de ce kyste, M. Surmay rejette l'idée d'une origine ovarique et pense qu'il a pris naissance dans le foie, attaché à sa face profonde. Il s'appuie, pour préciser le diagnostic, sur la rareté des kystes hydatiques de l'ovaire. Il n'a pu en découvrir qu'un cas absolument authentique, celui du Dr Generali, de Bologne, trouvé à une autopsie en 1882. (Estratto della *Spallanzani Revista di Scienze mediche et naturali.* — Anno XII, série 2; fascicules I et II.) — En considérant la mobilité et la liberté complète de l'utérus, la situation de la masse pédiculée qui se porte en haut sur le foie, on ne peut songer plus longtemps à un kyste ovarique ou à une tumeur du mésentère. La couleur jaunâtre du liquide, la présence de cholestérine plaident pour une origine hépatique.

M. Surmay montre la grande importance d'user pour ces ponctions d'un trocart de gros calibre pouvant donner passage aux parties éliminées des hydatides mixtes, fixer le diagnostic et empêcher une intervention, dangereuse à coup sûr. Si l'on croit à un kyste hydatique, mieux vaut faire une ou plusieurs ponctions capillaires; souvent elles suffisent pour la guérison complète. Dans le cas actuel, la plaie était presque close un mois après l'opération, et, sauf la fistule, la femme se portait admirablement. Du trajet, long de 6 à 8 centimètres, sortent quelques cuillerées à soupe de pus; un drain le maintient ouvert. — Injection, irritation, cautérisation, tout a été mis en œuvre sans arriver au but. Le fer rouge réussirait peut-être; mais son emploi est si dangereux, qu'autant vaut laisser la malade tranquille. En somme, notre confrère est extrêmement ennuyé de la persistance de cette fistule; il demande l'avis de la Société de chirurgie sur la conduite à tenir.

M. Pozzi présente une série de seize photographies qui lui ont été envoyées par M. le Dr Franz Neugebauer (de Varsovie) pour en faire hommage à la Société. Elles sont relatives : 1° au spéculum bivalve et au *dioptra trivalve*, inventé par M. le professeur Neugebauer père; 2° à un dilatateur, pour faciliter les opérations de petite chirurgie, écarteur des jambes, imaginé par le Dr Franz Neugebauer; 3° à une série de cas de *spondylolisthesis lombo-sacralis.*

Ces photographies très bien faites sont accompagnées d'intéressantes explications qui en augmentent la valeur.

A ce propos, M. Farabeuf dit posséder plusieurs pièces anato-

mo-pathologiques ayant trait à cette dernière maladie et analogues aux photographies sus-designées.

M. Nicaise dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Tissier-Leris, deux exemplaires de sa thèse : *De la castration de la femme en chirurgie*, pour le concours du prix Duval.

M. Verneuil, à propos de la lecture que M. le secrétaire général vient de donner de l'observation (kyste hydatique du foie) du Dr Surmay, demande instamment que la question de la *cure radicale des kystes hydatiques du foie* soit mise à l'ordre du jour.

Cette proposition est adoptée.

Communication.

M. Terrillon communique l'observation suivante ayant pour titre :

Taille hypogastrique succédant à une lithotritie, pour enlever cinq calculs contenus dans une loge supérieure de la vessie. — Guérison.

L'observation suivante, que je présente à la Société de chirurgie, m'a semblé importante à publier, car elle montrera combien les diverticules vésicaux peuvent embarrasser le chirurgien, et comment la taille hypogastrique, par sa simplicité et sa facilité d'exécution, permet de conduire à bien une opération délicate.

Un homme âgé de 64 ans, vigoureux et sobre, me fut adressé par M. le Dr Olive fils, de Nogent-sur-Seine.

Toujours bien portant, il n'avait jamais eu, sauf une blennorrhagie à l'âge de 20 ans, aucun trouble du côté des organes génito-urinaires.

Les premiers symptômes qui appelèrent son attention du côté de ces organes datent d'août 1883.

Un matin, s'étant levé précipitamment, il sortit de chez lui sans avoir uriné ; après avoir marché quelque temps, il fut pris d'envie de pisser, et s'aperçut que, à la fin de la miction, il rendait du sang en quantité notable.

Il n'attacha à ce phénomène qu'une minime importance et continua son travail.

Deux mois plus tard, en l'absence de ses ouvriers, il se mit au travail, subit une fatigue assez grande et pissa de nouveau du sang.

En mai 1884, le malade, qui n'avait rien ressenti depuis le dernier pissement de sang, commença à souffrir. Les douleurs consistaient en une sensation de constriction dans la région anale, avec épreintes se

renouvelant fréquemment. En même temps il sentait une douleur profonde au périnée.

A cette époque, il y eut une tentative d'exploration, incomplète, cause de la douleur. On constata surtout une prostate volumineuse.

Quelque temps après, la marche était difficilement supportée, mais sans envie fréquente d'uriner, ni démangeaison de la verge.

Deux nouveaux pissements de sang occasionnés par la fatigue eurent lieu quelques mois après.

Tous ces phénomènes furent assez légers pour que le malade pût atteindre au mois de mai 1885 pour venir me consulter.

A ce moment les envies d'uriner étaient plus fréquentes, quelquefois le jet était interrompu brusquement. La voiture était difficilement supportée. Le malade se plaignait fréquemment d'une douleur au-dessus du pubis, mais ne pissait pas de sang.

Un premier essai de cathétérisme, dans mon cabinet, me fit rencontrer une pierre au niveau du col vésical, mais il ne put être prolongé à cause de la douleur.

Le lendemain j'endormais le malade et pouvais constater que, après avoir contourné une prostate volumineuse, je rencontrais un calcul dans la région du col. Il se déplaçait facilement et me sembla peu vovolumineux. L'exploration de la vessie me permit de rencontrer en haut un corps dur, que je ne sentis qu'une seule fois, nettement. Mais cette simple notion suffit pour me faire craindre quelque complication, dont je n'avais pu préciser la nature exacte.

Je proposai donc la lithotritie, mais avec la réserve expresse que, si une complication ou un signe quelconque m'indiquait la nécessité d'une opération plus radicale, je serais autorisé à agir suivant les circonstances.

L'opération fut pratiquée à Nogent-sur-Seine le 24 mai, avec l'aide de mon ami Monod qui avait bien voulu m'accompagner, et de MM. les Drs Olive père et fils.

Après avoir endormi le malade, l'explorateur, introduit avec quelque difficulté, permit de reconnaître la situation de la pierre. Le lithotriteur introduit aussitôt la saisit facilement, et elle fut broyée sans résistance; elle avait 2 centimètres et demi de diamètre.

Plusieurs débris saisis de nouveau furent broyés.

Je procède à l'exploration du reste de la cavité vésicale et ne rencontre rien. Cependant en prolongeant les tentatives, il me sembla rencontrer très nettement vers la partie supérieure un corps dur, que je ne pus sentir de nouveau.

Retirant alors l'instrument, je procédai à un lavage sommaire des débris du calcul broyé, et je recommençai mes recherches avec l'explorateur.

Mon ami Monod, avec le même instrument, chercha également, et il lui sembla aussi sentir d'une façon nette, mais fugitive, le même choc contre un corps dur situé en haut.

N'hésitant plus, je me disposai à pratiquer la taille hypogastrique séance tenante.

Le ballon de Pétersen fut introduit dans le rectum. La vessie fut remplie d'eau boriquée, et le ballon d'eau tiède. Tous ces préparatifs furent rapidement faits.

Après avoir incisé sur la ligne médiane de l'abdomen au-dessus du pubis la peau et les muscles épais chez ce malade, je trouvai la graisse sous-péritonéale abondante.

Celle-ci fut écartée avec soin, et je découvris facilement la surface vésicale, ayant l'aspect spécial si caractéristique.

Une incision verticale permit de pénétrer dans la vessie qui fut saisie avec le doigt disposé en crochet.

Ma surprise fut grande en trouvant dans la loge supérieure de la vessie, immédiatement sous mon doigt, cinq calculs, ayant chacun la grosseur de l'extrémité du pouce.

Ils furent enlevés avec des pinces à forci-pressure, on put se rendre compte alors de la disposition de cette loge supérieure, qui communiquait avec la partie inférieure de la vessie par un orifice gros comme le doigt.

Un des calculs, retiré au-dessus de cet orifice, venait proéminer légèrement par sa face inférieure dans la cavité vésicale proprement dite. Ainsi s'expliquait la difficulté de l'atteindre avec les explorateurs.

Cet orifice contractile, se rétréeissant sous l'influence du chatouillement produit par le bec de l'explorateur, faisait remonter la pierre et la rendait inaccessible. Le doigt introduit profondément rencontrait la sonde métallique et se rendait compte de l'hypertrophie prostatique, avec un lobe moyen assez proéminent. Quelques débris du calcul broyés existaient dans le bas fond.

Tout ceci était nettement constaté, je fixai dans la vessie, deux tubes en caoutchouc, l'un gros comme l'index, l'autre plus petit, de manière à former un siphon. L'angle inférieur de la plaie abdominale fut rétréci au moyen d'une suture métallique. Un lavage abondant avec l'eau boriquée permit d'entraîner le sang épanché, et d'arrêter l'hémorrhagie légère. Les tubes fonctionnaient très bien.

Les bords de la plaie furent saupoudrés de poudre d'iodoforme. Le malade pansé avec de la ouate hydrophile fut remis dans son lit.

L'opération totale avait duré une heure et demie.

Les cinq calculs de taille égale, légers, étaient lisses et presque ronds ; ils pesaient ensemble 29 grammes.

J'ajouterai rapidement que les suites de l'opération furent des plus simples jusqu'à la guérison définitive.

Le soir de l'opération, la température monta à 39°,4, puis descendit graduellement à 37° vers le troisième jour. Elle resta ainsi pendant les autres jours.

Pendant quelques jours, le malade se plaint de sensations douloureuses dans le périnée, avec ballonnement du ventre. Quelques grammes d'huile de ricin, ayant provoqué une légère débâcle, eurent raison de ces phénomènes.

Le cinquième jour, un des tubes est enlevé, à cause des tiraillements qu'il provoquait.

On enlève aussi, le sixième jour, le fil de l'angle supérieur de la plaie, lequel est réuni complètement. Une sonde est introduite dans la vessie, dans l'espoir de la laisser à demeure, mais elle ne peut être supportée. Comme le tube supérieur fonctionne bien, on n'insiste pas.

Ce tube est enlevé le treizième jour complètement et l'urine s'écoule en grande partie par l'urèthre, surtout si on obture avec une éponge l'orifice supérieur presque complètement oblitéré.

Enfin, le vingtième jour, tout est fermé et le malade peut être considéré comme étant complètement guéri, sauf un léger degré de cystite qui cédera probablement aux lavages qui sont faits au moyen d'une sonde en caoutchouc rouge, seul instrument que tolère l'urèthre.

Je désire attirer spécialement l'attention sur les principaux détails de cette observation, qu'on peut résumer de la façon suivante :

La difficulté du diagnostic de ces calculs situés dans une poche spéciale;

Les sensations passagères perçues au moyen des explorateurs, et qui permirent cependant de penser à un calcul enchatonné en haut ou à une plaque calcaire, sans pouvoir préciser le diagnostic ;

La décision rapide que je pris de pratiquer la taille hypogastrique, malgré le succès de la lithotritie pour le calcul situé dans la partie inférieure. Cette opération seule nous permettait d'atteindre avec fruit la portion supérieure de la vessie où je soupçonnais le calcul.

Elle nous démontra aussi l'impossibilité d'arriver à trouver et extraire ces calculs par la taille périnéale, rendue encore plus dangereuse à cause du volume de la prostate.

Je signalerai, enfin, la bénignité absolue des suites de l'opération, malgré les manœuvres antérieures pratiquées dans la vessie; ainsi que la rapidité de la guérison.

Discussion.

M. Monod. Cette observation montre une fois de plus l'innocuité de la taille hypogastrique même lorsque, comme dans le cas particulier, elle a nécessité des manipulations et des manœuvres prolongées.

Elle montre en outre l'avantage qu'il y a à ouvrir la vessie par l'abdomen lorsque l'on veut explorer en détail les diverses parties de cet organe. L'ouverture par le périnée n'eût certainement pas permis de constater la présence des cinq calculs enlevés par M. Terrillon.

M. Trélat. Ceci me rappelle le cas publié dans nos *Bulletins*, d'un corps étranger de la vessie, qui occupait également la partie supérieure du réservoir urinaire. Dans ce cas, la position de ce corps résultait de la faiblesse de sa densité. Plus légor que l'eau, et non recouvert encore par des concrétions calcaires, il était soulevé par l'urine et avait échappé aux recherches des chirurgiens.

M. Verneuil ne s'explique pas bien comment un calcul, quel qu'il soit, puisse être plus léger que l'urine.

M. Trélat répond qu'un corps étranger ligneux plus ou moins creux et simplement recouvert d'une très légère couche calcaire peut avoir une pesanteur spécifique moindre que l'urine et flotter par conséquent à la surface de ce liquide. L'existence dans les Bulletins de notre Société d'une observation de cette nature rend la possibilité du fait indiscutable.

Lecture.

M. Segond, chirurgien des hôpitaux, lit un travail intitulé : *Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et péri-prostatiques.*

(Commission : MM. Sée, Pozzi, Reclus, rapporteur.)

Présentation d'instrument.

M. Nicaise présente de la part de M. le Dr Gentilhomme (de Reims) un instrument : *Sonde cannelée dilatatrice,* destiné à faciliter la trachéotomie.

Présentation de pièce.

M. Terrillon met sous les yeux de ses collègues le moule Baretta, des deux mains d'un malade atteint de :

Maux perforants multiples et troubles trophiques divers de la main, consécutifs à un tabes dorsalis d'origine syphilitique.

J'ai présenté dans la séance du 20 mai, à la Société de chirurgie,

un malade ataxique (au début) présentant sur la main droite des callosités et surtout une ulcération profonde, ressemblant au mal perforant si fréquemment observé à la plante du pied.

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Fournier, je vous présente actuellement, non pas un malade, mais un double moulage des mains, représentant des lésions analogues, chez un tabétique au début.

Voici les descriptions minutieuses des lésions que présentait ce malade, au moment du moulage. Il est bon d'ajouter que, sous l'influence du repos et d'un traitement rationnel, ces ulcérations se sont améliorées, et ne présentent plus actuellement le même aspect.

Elles consistent en des ulcérations multiples rappelant absolument, par leur aspect, celles du mal perforant plantaire, et coïncidant avec des déformations osseuses et des troubles de sensibilité qui achèvent de les caractériser comme troubles essentiellement trophiques. Les altérations prédominent à la main droite. L'épiderme est notablement épaissi dans la paume de la main, sans fissures ni plaies ; on trouve seulement, à l'union de la paume avec les phalanges, au niveau de l'annulaire et du médius, un épaississement corné qui est la trace d'une fissure fermée depuis trois semaines environ. Au pouce, à la pulpe sont deux ulcérations arrondies, l'une d'environ 1 centimètre de diamètre, l'autre de 3 à 4 millimètres, toutes deux nettement limitées par un rebord d'épiderme épaissi, coupé à pic et à demi décollé. Le fond des ulcérations est inégal, mamelonné, rouge, sécrétant un liquide séro-purulent peu abondant. Sur la face dorsale du même doigt, il y a une légère desquamation épidermique et trois ou quatre crevasses dirigées transversalement suivant les plis de la peau, à bords formés par un épiderme épais.

Pas d'altérations de l'ongle.

La pulpe de l'index du médius et de l'annulaire présente de même une ulcération arrondie ou elliptique, semblable à celles du pouce, à fond rouge, inégal, entouré d'un rebord épidermique nettement découpé. En outre, à l'index, on trouve une autre ulcération plus petite, située sous l'extrémité terminale de l'ongle qui cependant paraît peu altéré; et à la face dorsale de la phalange du médius, deux petites ulcérations transversales.

L'auriculaire ne présente pas de lésions actuelles, mais celles qui s'y sont produites, il y a un an, ont notablement déformé l'extrémité de ce doigt.

La dernière phalange est considérablement raccourcie : elle est plus courte de moitié au moins que celle du doigt correspondant

de l'autre main, comme écrasée, atrophiée dans sa longueur et épaissie transversalement.

L'ongle, peu altéré, est également beaucoup plus petit que celui de l'auriculaire gauche. Cette lésion osseuse, comme celle que nous trouverons à l'index gauche, paraît bien due à un trouble trophique spontané, car il n'y a eu, à ces doigts, qu'une ulcération cutanée sans que celle-ci se soit étendue jusqu'à l'os, et sans qu'il y ait eu élimination de fragments osseux nécrosés.

La main droite et les doigts sont, en outre, légèrement tuméfiés. De plus on trouve sur la face dorsale de la main droite une grande *plaque érythémateuse*, couvrant presque toute la surface au niveau de laquelle la peau, d'un rouge légèrement violacé, est épaissie et présente une desquamation purpuracée.

Des plaques semblables se rencontrent également au poignet qu'elles entourent presque complètement et sur la face antérieure et postérieure de l'avant-bras correspondant.

Toutes ces plaques présentent les mêmes caractères et sont, comme celles de la main, apparues depuis une dizaine de jours. Elles ne sont pas prurigineuses, et la sensibilité n'est aucunement modifiée à leur niveau. Il n'en est pas de même aux doigts. Tandis, en effet, qu'à la paume et au dos de la main la sensibilité est à peu près normale, elle a presque entièrement disparu dans les quatre premiers doigts où *les piqûres les plus fortes sont à peine perçues* comme sensation de contact, sans aucune douleur : les ulcérations mêmes sont absolument insensibles.

Au niveau de l'auriculaire, la piqûre est sentie, mais à peine douloureuse.

A gauche, les lésions sont moins accusées.

La pulpe du pouce présente une grande ulcération ovalaire de la dimension d'une pièce de 1 franc et semblable à celles précédemment décrites.

L'index, à son extrémité terminale, est très déformé. La troisième phalange est raccourcie d'un tiers environ et légèrement fléchie. Elle est, en outre, très notablement épaissie transversalement, ainsi que l'extrémité correspondante de la deuxième phalange. Il s'est produit là, comme à l'auriculaire gauche, une altération osseuse qui donne au doigt l'apparence d'une baguette de tambour. Du reste ce doigt, lors de la première attaque du mal, était le siège, à son extrémité, d'une ulcération dont il reste une trace cicatricielle sous le rebord de l'ongle, lequel est épaissi et feuilleté à son bord libre.

Sur le même doigt, on trouve à la face externe une fissure ulcérée au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième pha-

lange. Le médius porte également, à son extrémité, la cicatrice d'une ulcération qui a assez profondément altéré l'ongle.

Celui-ci est situé longitudinalement, déformé à son bord libre qui est en partie inséré sous la peau.

Au niveau de l'annulaire, cicatrice de la pulpe et légère altération de l'ongle.

Autre cicatrice dans le sillon de flexion de l'articulation des deux dernières phalanges.

Les troubles de la sensibilité sont beaucoup moins prononcés sur cette main, et les ulcérations mêmes y sont très légèrement sensibles mais nullement douloureuses spontanément.

On ne trouve, à gauche, aucune plaque érythémateuse ni sur la main, ni sur l'avant-bras.

Le malade a présenté, avant la période actuelle d'ulcérations multiples et profondes, des lésions de la paume de la main qui ont débuté, il y a un an environ, par des crevasses qui s'ulcéraient momentanément. Mais elles se guérirent par le repos et la cessation de son travail. Il est laveur de voiture et manie des instruments durs, en même temps qu'une grande quantité d'eau.

Il reprit son travail il y a sept mois; alors les crevasses reparurent, surtout dans le sillon palmo-digital droit. Une nouvelle période de repos a fait guérir ces lésions.

Mais la reprise du travail fit survenir des ampoules des doigts, après induration et insensibilité de la peau, et enfin tous les accidents qu'il présente actuellement.

Ces accidents, bilatéraux, symétriques, doivent correspondre évidemment à des troubles trophiques d'origine médullaire. En effet, on trouve chez lui comme signes de l'ataxie du début, l'absence des réflexes rotuliens; des douleurs fulgurantes légères dans les jambes et les bras; quelques troubles de la miction caractérisés par l'évacuation involontaire de quelques gouttes d'urine de la constipation habituelle.

M. Fournier attribue ces symptômes à une maladie de la moelle d'origine syphilitique.

Le malade, qui a 26 ans, a eu, en 1879, un chancre syphilitique.

Celui-ci a été suivi de plaques muqueuses, d'éruptions cutanées rebelles, et d'une iritis qui a laissé une irrégularité de la pupille.

La faiblesse générale, avec diminution des forces viriles, indiquent un trouble assez prononcé de l'organisme.

Le traitement institué par M. Fournier consiste dans l'iodure de potassium (3 grammes par jour), des frictions mercurielles et des emplâtres de Vigo sur les ulcérations.

En résumé, ce malade et celui que j'ai présenté déjà à la Société,

montrent que la période du début de l'ataxie locomotrice peut être marquée par l'apparition de troubles trophiques de la main.

Ceux-ci ont la plus grande analogie de forme, d'apparence, de siège et de marche, avec les mêmes lésions connues sous le nom de *mal perforant plantaire*.

Ce dernier précède ou accompagne souvent les premières périodes de l'ataxie, et est considéré le plus souvent comme un trouble trophique. On peut donc légitimement rapprocher ces deux groupes de lésions palmaires et plantaires, et les considérer comme ayant même origine et mêmes caractères.

Discussion.

M. Trélat rappelle qu'il a fait, il y a deux ans, à l'hôpital Necker, des leçons cliniques dans lesquelles il a fixé l'attention sur les troubles trophiques coïncidant avec les lésions normales du mal perforant, et caractérisées par des ulcérations situées sur la partie inférieure de la jambe, sur la face dorsale des pieds et la paume des mains. Il a été conduit à faire dépendre ces lésions multiples d'une affection du système nerveux central et à les considérer, en un mot, comme des maux perforants d'origine tabétique.

Dans le cas actuel, la coexistence des ulcérations aux doigts et la duplicité de la lésion témoignent de l'origine profonde de l'affection portant certainement sur le cordon médullaire central. Tous ces faits viennent à l'appui des idées émises par M. Terrillon.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 17 juin 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. Tillaux offre, de la part de M. Spencer-Wells, membre associé étranger, un ouvrage intitulé : *Diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours*. London, 1885;

3° M. Trélat offre, de la part de M. le Dr Segond, l'article *Varicocèle*, extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXVIII, 1885;

4° *Des avantages du pansement métallique à feuilles d'étain dans la chirurgie des armées*, par le Dr Jules Félix.

M. le Président annonce à la Société que M. Hergott (de Nancy), père, assiste à la séance.

Communication orale.

M. Farabeuf fait une communication orale sur la *spondylolisthèse* (σπόνδυλος, vertèbre; ὀλίσθησις, glissement), et met sous les yeux de ses collègues, à l'appui de sa description, une série de pièces ayant trait à l'altération osseuse connue sous cette dénomination.

Messieurs, dans la dernière séance, après le dépôt fait par notre collègue Pozzi de photographies envoyées par le Dr Fr. Neugebauer, je vous ai fait connaître que je possédais quelques pièces anatomiques présentant la lésion anatomique initiale de la *spondylolisthèse* ou glissement vertébral si bien étudié par notre confrère de Varsovie. Sur la demande de M. Trélat et de M. le président, j'ai apporté ici les pièces dont je dispose. M. Hergott père, de Nancy, qui, par un heureux hasard, assiste à la séance, pourra, avec sa compétence spéciale compléter, rectifier même le bref exposé que je vais vous faire.

Laissez-moi d'abord dessiner au tableau le profil d'une vertèbre



Fig. 1.

Profil de la cinquième vertèbre lombaire atteinte de spondyloschise dans la région interarticulaire, marquée d'un trait noir.



Fig. 2.

Coupe verticale antéro-postérieure de la même vertèbre. Le trait noir indique la séparation entre les apophyses articulaires.

lombaire, de la cinquième, car c'est elle qui d'habitude porte la lésion (*fig.* 1), et à côté (*fig.* 2), une coupe verticale antéro-posté-

rieure de la même vertèbre. Sur ces figures, je marque d'un trait le lieu de la *spondyloschise* (σχισις, fente, scissure), c'est-à-dire de la séparation en deux parties, naturelle mais anormale, que vous pouvez constater sur les vertèbres que je vous présente et qui, pour la plupart, ont déjà été montrées à la Société anatomique par M. Auguste Broca.

La division ou pseudarthrose, occupe la région interarticulaire de chaque demi-arc latéral. Cependant la lésion peut n'occuper qu'un seul côté.

Dans tous les cas, elle laisse en avant : le corps + le pédicule et l'apophyse articulaire supérieure + l'apophyse transverse costiforme; en arrière : l'articulaire inférieure, la lame et l'apophyse épineuse.

Le rappel des notions relatives au développement des vertèbres au commencement du troisième mois de la vie intra-utérine, va nous permettre de comprendre l'origine congénitale de la *spondyloschise*. Je dessine (*fig.* 3), en l'amplifiant considérablement, une petite vertèbre lombaire, à l'âge où elle mesure 5 à 6 millimètres de large. Sur mon dessin je marque, à gauche, les points d'ossification : *C.* celui du corps, *L. a.*, *L. p.* et *L. i.*, les trois points latéraux antérieur, postérieur et intermédiaire qui doivent constituer le demi-arc correspondant.

Supposant que l'ossification a progressé, que les points latéraux antérieur et intermédiaire se sont soudés régulièrement et avancés

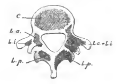


Fig. 3.

Ossification d'une vertèbre lombaire. *C*, point du corps; *L. a.*, point latéral antérieur; *L. i.*, point latéral intermédiaire; *L. p.*, point latéral postérieur.



Fig. 4.

Une moitie de vertèbre lombaire composée de trois pièces séparées, d'après F. Neugebauer et le musée de Kœnigsberg.

vers le corps pour contribuer à le former ; que, irrégulièrement, le point latéral postérieur est resté isolé et s'est développé à part, je puis marquer sur le côté droit de la même figure 3 *L. a.* + *L. i.*, le résultat de la fusion des points latéraux antérieur et intermédiaire, partie du corps, pédicule et articulaire supérieure + apophyse transverse costiforme ; *L. p.* le résultat du développement isolé du point latéral postérieur, apophyse articulaire inférieure, lame et moitié de l'épine.

Les deux fissures marquées sur le côté droit de cette figure peuvent persister jusque dans l'âge adulte, car Neugebauer, dans la remarquable collection de mémoires qu'il a déposée dans notre bibliothèque, a donné un dessin schématique d'après une pièce du musée de Kœnigsberg. Je le reproduis devant vous (*fig.* 4).

Mais le cas relativement fréquent est celui où la *spondyloschise* siège sur la portion interarticulaire aux points marqués sur les figures 1 et 2.

Neugebauer admet que le traumatisme peut fracturer de chaque côté l'arc vertébral et créer une *spondyloschise* traumatique avec toutes les conséquences possibles de cette solution de continuité.

Quelles sont ces conséquences?

Toutes découlent du glissement vertébral.

Le poids du corps tend à faire glisser le corps de la cinquième vertèbre devant le sacrum, dont la base est un plan fortement incliné. Cette vertèbre, quand elle est intacte, se cramponne derrière les apophyses articulaires du sacrum à l'aide de ses propres apophyses articulaires inférieures.

On conçoit que le glissement s'opère lorsqu'il y a spondyloschise bilatérale, surtout si la colonne est surchargée par le développement anormal du poids du corps, ou par des fardeaux considérables.

Le *glissement* se produit lentement et, lorsqu'il est accompli, il y a spondylolisthèse; le bassin se trouve couvert, et la région lom-

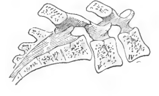


Fig. 5.

Coupe verticale de la spondylolisthèse de la cinquième vertèbre lombaire dont le demi-arc latéral est considérablement allongé et le trou fort agrandi. Un trait noir marque la fissure initiale interarticulaire. Le corps V déborde le sacrum. Le corps de la quatrième vertèbre IV a suivi celui de la cinquième.

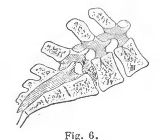


Fig. 6.

Spondylizème de M. Hergott. Le corps de la cinquième vertèbre V est détruit, affaissé sur place. Les corps vertébraux sus-jacents IV, III, etc., se sont donc inclinés en avant et tendent à couvrir le détroit supérieur.

baire brusquement cambrée. Quant à la vertèbre, cause de tout le mal, elle présente l'altération suivante : la partie postérieure de l'arc est restée en place ; le corps, ainsi que la partie antérieure de

la masse latérale, a glissé en bas et en avant avec les vertèbres sus-jacentes. Mais au lieu d'un espace de 1 ou 2 centimètres qui semblerait devoir exister de chaque côté entre les deux pièces osseuses, on constate que le contact existe encore, qu'il y a eu production osseuse en avant et en arrière de la fissure. On croirait voir une simple élongation de la portion interarticulaire, si l'interligne sinueux pseudarticulaire ne se montrait toujours.

Bref, voici en coupe (*fig.* 5) une spondylolisthèse constituée. A côté, je dessine (*fig.* 6) également en coupe médiane, la déformation produite par la destruction et l'*affaissement* du corps de la cinquième

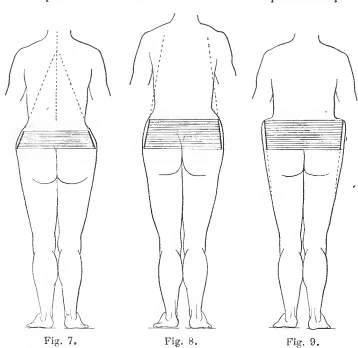


Fig. 7. Fig. 8. Fig. 9.

Sur ces figures, imitées de celles de Neugebauer, le trapèze bisilio-bitrochantérien est ombré.

Sur la figure 8, qui représente l'état normal, les côtés obliques prolongés en haut se rencontreraient au-dessus de la tête, parce que le diamètre bisiliaque est de peu inférieur au diamètre bitrochantérien.

C'est le contraire dans la figure 7, luxation congénitale, où l'inégalité des diamètres est considérable et la hauteur du trapèze diminuée par l'ascension des trochanters.

Sur la figure 9, spondylolisthèse, le trapèze ombré a la hauteur normale, mais la base bisiliaque est devenue un peu plus grande que la base bitrochantérienne ou inférieure.

vertèbre lombaire. C'est le *spondylizème* (ἵζημα, enfoncement) de M. Hergott. Voici un moulage du bassin que notre collègue a étudié et décrit.

Il me reste, Messieurs, à vous rappeler que M. Neugebauer déclare facile le diagnostic de la spondylolisthèse.

La cambrure lombaire est brusque; les sujets ont la démarche de canard que l'on retrouve chez ceux qui sont atteints de luxation congénitale des fémurs; de même existe le tassement, le raccourcissement de la taille. Dans la luxation congénitale, le tassement est dû à la descente du bassin ou, si l'on veut, à l'ascension des trochanters. Dans la spondylolisthèse, c'est la crête iliaque qui semble monter par l'enfoncement de la colonne.

D'autre part, la luxation congénitale exagère le diamètre bitrochantérien, surtout relativement au diamètre bisiliaque qui se trouve diminué. Sur la figure 7 (luxation congénitale) comparée à la figure 8 (état normal), les côtés du trapèze ilio-trochantérien présentent une obliquité considérable par suite de l'allongement de la base inférieure trochantérienne et du raccourcissement de la base supérieure iliaque.

La spondylolisthèse fait tout le contraire : la base iliaque ou supérieure normalement la plus petite devient la plus grande, et le trapèze prend la forme indiquée sur la figure 9.

Discussion.

M. Hergott. J'ai entendu, avec le plus vif intérêt, l'exposé que M. Farabeuf vient de vous faire de la genèse de la lésion pelvienne, à laquelle Kilian, de Bonn, a donné le nom de *spondylolisthesis* (glissement vertébral), dans le mémoire où il a fait connaître pour la première fois cette déformation pelvienne. Elle consiste dans l'obstruction du pelvis par le glissement de la colonne vertébrale dans la cavité pelvienne. Au moment où le mémoire de Kilian fut publié, il n'avait pu trouver qu'un petit nombre de bassins ainsi altérés : celui de Prague, de Paderborn, et la genèse de cette altération n'avait pu être soumise à une étude suffisante ; l'attention qu'on accorda à ce travail en fit découvrir bientôt d'autres dans différents lieux. Depuis la thèse de F. Neugebauer, qui est une monographie des plus importantes, et ses patientes recherches poursuivies partout, le nombre des bassins ainsi déformés s'est accru à plus de vingt, et la genèse de la lésion a pu être éclaircie ; elle est telle que notre savant collègue l'a exposée d'une façon si lumineuse.

Il était naturel qu'on fût porté à ranger dans cette catégorie les altérations pelviennes causées par une lésion de la colonne vertébrale, mais en examinant quelques-uns des bassins décrits comme spondylolisthésiques dans les recueils obstétricaux, j'ai trouvé qu'on avait confondu des altérations d'une nature entière-

ment différente, notamment un bassin décrit par Fehling dans *Archiv. f. Gyn.*; j'ai démontré que sur cette pièce anatomique si curieuse, l'altération pelvienne était causée non par l'*obstruction* du bassin par la colonne, mais par l'*affaissement* de celle-ci sur l'ouverture pelvienne. Je fis voir que la colonne, quoique affaissée, n'avait pas été disjointe comme dans les bassins spondylolisthésiques, mais fléchie, que le corps vertébral, soutien de la colonne, avait seul été altéré. Je trouvai à Nancy un bassin dont vous voyez devant vous le moule, qui présente la lésion de la manière la plus simple et la plus nette. Par opposition à la dénomination de Kilian, j'ai appliqué à celle-ci le nom de *spondylizème* (affaissement vertébral), qui a été adopté.

Sur la pièce qui est devant vos yeux, vous constatez parfaitement que, de la dernière vertèbre lombaire restent intacts : l'apophyse épineuse, l'arc avec les apophyses transverses, et les apophyses articulaires supérieures et inférieures qui sont de véritables crampons, mais que le corps de la vertèbre n'est plus représenté que par un coin réduit à rien en avant ; qu'il en résulte l'inclinaison en avant de la colonne lombaire sur l'ouverture pelvienne. Vous pouvez constater que la cavité pelvienne est restée parfaitement libre. Ce bassin peut être regardé comme type de la lésion, mais sur le bassin décrit par Fehling, où plusieurs corps vertébraux ont été atteints, la lésion a atteint un degré d'intensité bien plus considérable.

Depuis la publication de mon mémoire, de nouveaux bassins spondylizématiques ont été découverts, notamment un par M. le professeur Depaul, au moment même où il faisait son rapport sur mon travail à l'Académie de médecine.

La conclusion de mon travail est celle-ci : l'altération du *corps* vertébral détermine l'*affaissement* de la colonne sur l'ouverture du bassin (spondylizème) ; l'altération de l'*arc vertébral*, qui supporte les articulations, détermine la disjonction de la colonne, et, par suite, *son glissement dans la cavité* (spondylolisthesis).

Rapport.

M. Terrier lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. le Dr Cabadé (de Valence-d'Agen), et intitulée :

Rupture traumatique du canal de l'urèthre. — Infiltration urineuse. — Fistule récidivée.

Voici le résumé de cette observation :

Le 12 décembre 1883, un garçon de 13 ans tomba à califourchon sur

un tonneau défoncé, le périnée portant sur l'arête vive des douves; la hauteur de la chute fut de 3 mètres environ.

M. Cabadé, appelé près du blessé, constate du gonflement du périnée, surtout vers la racine des bourses; pas de fluctuation appréciable et des douleurs vives au toucher. — Légères ecchymoses. — Le scrotum est empâté, la verge est en demi-érection, pas de sang au méat. Il y a plénitude de la vessie, et, dans des efforts pour uriner, il n'est sorti que quelques gouttes de sang par l'urèthre. 37°,5. 88 pulsations. Repos, applications froides sur le périnée.

Le lendemain, après une nuit mauvaise, les phénomènes se sont aggravés; la rétention d'urine est absolue, les bourses sont œdématiées ainsi que la verge. T. 37°.

M. Cabadé se proposait d'inciser largement le périnée pour éviter l'infiltration d'urine. Mais les parents s'y refusèrent sur l'avis même d'un confrère appelé en consultation, qui prétendit que le canal uréthral n'offrait pas de lésion traumatique. On accepta cependant quelques scarifications pour remédier à l'œdème des bourses et de la verge.

Le 14, l'enfant a uriné par regorgement. Le périnée devient noirâtre d'aspect gangreneux, le scrotum est toujours œdématié et brunâtre. Le haut des cuisses est aussi le siège d'une infiltration œdémateuse. Ces phénomènes sont localisés et apportent assez peu de troubles à la santé de l'enfant, car il demande à manger et n'a pas de fièvre.

En présence de ces accidents. M. Cabadé put faire accepter une intervention, et il fit au périnée deux incisions profondes de deux centimètres et demi qui donnent issue à du liquide sanieux mêlé d'urine. Deux autres incisions sont faites sur le scrotum dans des tissus noirâtres et indurés.

Le 15, la vessie est moins saillante à l'hypogastre, l'urine s'étant écoulée par les incisions faites par la veille; de plus, les phénomènes locaux se sont amendés, bien qu'il reste un œdème considérable du prépuce, que l'on scarifie assez largement. T. 37°. Alimentation facile.

Le 16, l'écoulement urineux par les incisions a très notablement augmenté. L'œdème de la verge et du prépuce persistent. La vessie se vide bien. Apyrexie.

Le 17, amendement des accidents locaux; et comme on peut découvrir le méat, M. Cabadé essaye de passer une sonde en gomme du n° 13, mais sans succès et en provoquant des douleurs vives et un peu d'élévation de température, 38°. Cette tentative est renouvelée le 18 avec des sondes n°s 10 et 11, mais sans plus de succès.

Le 19, l'état général et l'état local sont excellents; l'incision droite donne seule de l'urine, la gauche est presque cicatrisée. Une nouvelle tentative du cathétérisme avec une sonde n° 10 à bout olivaire est couronnée de succès, et la sonde pénètre dans la vessie. On la laisse en place, mais les douleurs qu'elle provoque la font retirer.

Les 20, 21, 22, 23, etc., impossibilité de remettre la sonde en place; le petit malade se défend et pousse des cris affreux à la moindre tentative de cathétérisme.—La miction se fait très bien, mais par la plaie du périnée.

Le 28, on anesthésie le patient et on cherche en vain à placer une sonde, celle-ci ressort par la plaie périnéale, mais ne peut pénétrer plus loin.

M. Cabadé remarque que le canal est en quelque sorte coupé en deux, résultat probable de la chute d'une eschare, si bien que la sonde, après avoir franchi la portion pénienne, s'engage bien dans la partie musculeuse demi-détruite, mais ne pénètre pas plus loin.

On laisse réveiller l'enfant sans pousser plus loin les tentatives de cathétérisme postérieur, l'anesthésie chloroformique donnant lieu à quelques accidents respiratoires.

Sauf un accès fébrile, le petit malade se remet vite et peut sortir le 1er janvier 1884.

Le 2 janvier, en faisant un nouvel examen de la plaie périnéale, M. le Dr Cabadé finit par pénétrer dans la vessie à l'aide d'un stylet et en se guidant sur le point où il voit sourdre l'urine quand l'enfant fait des efforts de miction. Il put alors faire passer une bougie par la verge, saisir son extrémité par la plaie périnéale et l'introduire dans la vessie. Sur cette bougie est ensuite conduite une sonde ouverte aux deux bouts, qu'on fixe tant bien que mal à la verge et au gland.

La sonde, ainsi placée, est isolée sur un trajet de 15 millimètres au fond de la plaie périnéale, c'est là la perte de substance déjà signalée. Gardée deux jours, la sonde est enlevée, puis replacée et gardée de nouveau quatre jours. Elle reste ainsi jusqu'au 3 février, époque où il faut l'enlever par suite d'une uréthrite intense. Du reste, la plaie périnéale est presque cicatrisée et la miction se fait en grande partie par la verge, l'enfant prenant la précaution d'obturer avec un linge la plaie périnéale.

On pratique quotidiennement le cathétérisme avec une bougie n° 25, et les parents sont chargés de faire cette manœuvre jusqu'à parfaite guérison de la plaie périnéale.

M. Cabadé cesse de voir l'enfant vers le milieu de mars, et, à cette date, la plaie périnéale était presque tout à fait obturée.

En mai (le 3), notre confrère est de nouveau appelé auprès de son jeune blessé. Le cathétérisme, d'abord facile, était devenu de plus en en plus pénible, si bien qu'on l'abandonna, d'où le rétrécissement progressif et rapide du canal, d'où la distension de la cicatrice périnéale formant une sorte de poche urineuse. Des tentatives de cathétérisme faites par M. Cabadé n'aboutissant point, celui-ci se décide à inciser la cicatrice périnéale, d'où un écoulement facile d'urine, qui soulage le malheureux enfant.

Dans les premiers jours de juin, après dilatation de la fistule périnéale avec l'éponge préparée, notre confrère parvient à trouver le bout postérieur et à pénétrer en deux temps dans la vessie, comme il l'avait fait précédemment. Une sonde ouverte aux deux bouts est glissée sur la bougie et laissée à demeure.

Au bout de 25 jours, la plaie périnéale n'est plus qu'un petit pertuis et le canal fonctionne bien. On enlève la sonde à demeure une deuxième fois et on reprend le cathétérisme quotidien.

Bientôt ceux-ci deviennent difficiles et on ne peut plus entrer dans la vessie, si bien que le 22 août il faut encore rouvrir la plaie périnéale.

A cette date, l'enfant fut pris d'une fièvre typhoïde grave, qui se terminait bien, lorsque survinrent les signes d'une tuberculisation aiguë, qui entraîna la mort en seize jours.

Avec juste raison, M. Cabadé se demande quel aurait été le sort de cet enfant s'il eût vécu? Aurait-on pu lui créer un canal qui ne se soit pas fatalement rétréci?

Vu la perte de substance étendue de l'urèthre, notre confrère doute de la possibilité du fait, et nous partageons ces doutes.

D'ailleurs, il n'y a pas grand'chose à ajouter à ce qu'on sait à cet égard, c'est-à-dire aux difficultés de maintenir béant un canal rupturé à la suite d'un traumatisme, et surtout lorsque cette rupture a donné lieu, comme dans le cas spécial, à une véritable perte de substance de l'urèthre, par suite de la gangrène due à l'infiltration d'urine.

Dans quelques cas, et surtout chez des sujets incapables de se sonder ou d'être sondés, M. Cabadé pense qu'on sera obligé d'abandonner la partie et de laisser le malade uriner par la fistule.

Mais il oublie que celle-ci tend aussi à s'obturer, et que le bout postérieur du canal peut souvent se rétrécir. Si bien qu'il est une ressource non signalée par l'auteur, c'est l'*uréthrotomie interne*, plus efficace dans l'espèce que la dilatation simple, mais qui n'exclut pas celle-ci, ni surtout des précautions incessantes ultérieures, que bien peu de sujets sont capables de se donner, surtout à la campagne et parmi les ouvriers.

Dans la très intéressante observation de M. Cabadé, la lésion a été compliquée par suite de l'intervention retardée, qui a permis à l'infiltration de l'urine de s'étendre et de gangrener les tissus. Ce retard, indépendant de la volonté de notre confrère, est donc des plus sérieux; aussi faut-il agir vite et donner de suite une issue facile à l'urine qui peut s'écouler hors de ses voies naturelles.

La Société de chirurgie a rendu ce principe classique; il n'est plus besoin d'y insister encore.

En résumé, Messieurs, je vous propose de déposer le travail de M. Cabadé aux archives, et de lui adresser des remerciements.

Discussion.

M. Tillaux. Dans un cas analogue à celui de M. Cabadé, chez un petit garçon de Belleville tombé à califourchon et qui s'était rompu l'urèthre, j'ai été plus heureux. Après avoir fait, le jour

même de l'aeeident, une ncision au périnée, j'ai pu, les jours suivants, arriver au cathétérisme et, grâee à la mère de l'enfant qui, avec autant d'intelligenee que de persévérance, lui passa des bougies pendant plus d'une année, la eontinuité du canal fut rétablie d'une façon absolue.

M. Le Fort. J'ai eu également l'occasion de soigner un cas analogue à Beaujon, mais je n'ai pas été aussi heureux. Bien qu'aussitôt après l'aceident il m'ait été possible de passer une sonde qui resta deux mois en place, le ealibre du canal ne tarda pas à se rétrécir et finalement devint imperméable.

Je fis alors l'uréthrotomie externe, mais les résultats que j'en obtins ne furent pas définitifs, puisque M. Gillette, qui doit se rappeler ce malade, dut reeommencer la même opération.

M. Bouilly. J'ai eu un sueeès analogue à celui de M. Tillaux. La différence des résultats obtenus par chacun de nous s'explique par des différenees dans l'étendue des lésions. Les sucеès définitifs sont d'autant plus probables que la rupture de l'urèthre ne s'accompagne d'aucune perte de substanee et que les incisions périnéales ont pu être pratiquées à une époque plus rapprochée de l'aecident.

M. Lucas-Championnière. Je suis de l'avis de M. Bouilly. Il existe de grandes différenees entre les variétés de rupture de l'urèthre et par eonséquent entre les modes de conduite à tenir au point de vue thérapeutique dans les eas qui se présentent à vous, mais d'une façon générale je pense que plus on répare vite le eanal, plus on a de ehance pour avoir un résultat favorable. Il faut done faire tout son possible pour trouver immédiatement le bout postérieur de l'urèthre.

M. M. Sée. Toutes les ruptures uréthrales ne sont pas les mêmes et parfois pour des chutes qui paraissent peu graves on a du côté du eanal des aeeidents très sérieux. Chez un enfant atteint d'une de ces déehirures et sur lequel, malgré l'uréthrotomie externe que j'avais pratiquée, je ne pouvais trouver le bout postérieur, je suis arrivé, en écartant fortement ehaeune des lèvres de l'ineision et en les attirant en avant, à faire pénétrer une bougie fine dans le segment postérieur du canal : le canal fut rétabli, une sonde à demeure plaeée et la guérison eut lieu.

M. Gillette. Je crois, eontrairement à ee que vient d'avaneer M. Championnière, qu'il n'y a pas lieu de eliercher avec trop de persévérance le bout postérieur de l'urèthre. Le plus pressé est de parer aux accidents immédiats, e'est-à-dire de faire uriner le

malade : on incise la région périnéale, l'urine s'échappe par la plaie et ce n'est que plus tard que l'on arrive peu à peu à rétablir la continuité de l'urèthre.

J'ai en ce moment, dans mon service de Tenon, un homme chez lequel une rupture pathologique de l'urèthre avec infiltration considérable s'était produite : j'ai incisé largement la région périnéo-scrotale et, ne pouvant trouver le bout postérieur, j'ai laissé les choses en état. Au bout d'un mois, j'ai pu faire pénétrer une bougie par le méat jusque dans la vessie et, deux mois plus tard, j'introduisais un cathéter Béniqui n° 45.

M. Lucas-Championnière. J'estime que la manière de faire, indiquée par M. Gillette, lui est exclusive. Les chirurgiens de la marine, qui ont souvent l'occasion d'observer des cas de rupture de l'urèthre, sont unanimes pour conseiller la recherche immédiate du bout postérieur du canal et le rétablissement aussi prompt que possible de ce dernier. C'est également la pratique de M. Guyon.

M. Horteloup. J'ai fait beaucoup d'uréthrotomies externes et depuis douze ans je ne place pas, après l'opération, de sonde à demeure. Je n'ai jamais vu d'inconvénients résulter de cette pratique ; ce n'est qu'au bout de douze ou quinze jours que j'introduis une sonde à demeure.

M. Gillette. L'opinion que j'ai émise relativement au non-rétablissement immédiat du canal de l'urèthre, si on a quelque peine à trouver le bout postérieur, ne m'est pas aussi exclusive que veut bien le dire M. Championnière. Elle est partagée par bien de nos collègues parmi lesquels je citerai MM. Lannelongue et Tillaux qui, dans des cas analogues, laissent les malades uriner tout d'abord par la plaie que le chirurgien a faite au périnée et procèdent plus tard à la reconstitution du canal. Je me rappelle un enfant chez lequel en 1876, à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Lannelogue a suivi absolument cette manière de faire et le malade s'en est très bien trouvé.

M. Terrier. La thérapeutique des ruptures du canal de l'urèthre ne peut être soumise à des règles absolues, immuables : elle varie évidemment suivant les cas que l'on a sous les yeux. Le résultat définitif diffère selon la lésion traumatique uréthrale, selon les accidents qui en ont été la conséquence. Il en est d'heureux comme celui de M. Tillaux, de malheureux comme celui de M. Le Fort, tout cela est individuel. Pour mon compte personnel, je suis convaincu que tout individu atteint de rupture du canal est exposé, malgré uréthrotomie sur uréthrotomie, à avoir un rétré-

cissement qui fait des progrès incessants et par conséquent est sujet à une nouvelle récidive.

Les conclusions proposées par M. Terrier sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

M. Le Fort communique une observation intitulée :

Résection du corps du sternum pour carie.

La trépanation et la rugination du sternum ont été assez souvent pratiquées, mais les observations de résection de la totalité ou de la plus grande partie du sternum sont assez rares ; c'est ce qui m'engage à communiquer à la Société le fait suivant :

Le 22 avril dernier, je reçus dans mon service, à l'hôpital Necker, un homme de 54 ans. Il était depuis 1872 atteint d'une bronchite chronique lorsqu'en 1879 il éprouva assez brusquement une vive douleur dans l'articulation sterno-claviculaire droite; tout mouvement du bras correspondant était devenu impossible, et la douleur était telle que le malade fut obligé de garder le lit. Il se fit transporter à l'hôpital Rothschild, où il séjourna trois mois. Il n'en était sorti que depuis cinq jours, lorsqu'il constata un gonflement notable au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Un abcès se forma, s'ouvrit au bout de quinze jours, et le malade rentra à l'hôpital Rothschild, où l'on fit dans cet abcès des injections phéniquées. Lorsqu'il sortit de cet établissement après cinq mois de séjour, l'abcès suppurait encore, mais il se ferma après deux ans, et depuis 1881 il est resté guéri. Mais cet abcès n'était pas le seul. Sept à huit mois après sa seconde sortie de l'hôpital, il apparut un second abcès à la partie interne du deuxième espace intercostal ; nouvelle entrée à l'hôpital, incision, drainage de l'abcès qui, cette fois, ne se ferme pas, et qui existait encore en 1885, lorsque le malade entra à Necker.

En 1882, troisième abcès à la partie interne du troisième espace intercostal gauche ; plus tard, quatrième abcès près de l'extrémité inférieure du sternum. En résumé, depuis 1881, le malade porte des abcès sur le côté et au devant du sternum ; il a presque toujours séjourné à l'hôpital Rotschild, sauf en 1884, où il resté quelque temps à la Charité dans le service de M. Després. Récemment, il serait retourné à la Charité dans le service de M. Trélat, qui l'aurait engagé à retourner à l'hôpital Rotschild. C'est en sortant de la Charité qu'il se présente dans mon service.

Cet homme est très amaigri, émacié, et il parait très découragé. La forme du thorax est absolument normale ; mais à la face antérieure de la poitrine on trouve l'orifice de nombreux abcès. Au-dessus de

l'articulation sterno-claviculaire droite, on voit la cicatrice du premier abcès de 1879. Au-dessous, un orifice de la largeur d'une pièce de 50 centimes existant au niveau du second espace intercostal contre le sternum ; plus bas, dans le troisième espace, un autre orifice un peu plus petit, à la partie inférieure du sternum, vers la ligne médiane, deux plaies irrégulières, à bords déchiquetés, ne paraissant intéresser que la peau, décollée dans une certaine étendue ; enfin, à gauche, contre le sternum, au niveau du premier espace intercostal, une plaie irrégulière, à bords épais et sanieux et qui est l'orifice d'une fistule. Plus bas, une seconde fistule au niveau du second espace intercostal. Les bords de toutes ces plaies sont épais, bleuâtres et d'un mauvais aspect. Toutes laissent circuler du pus jaunâtre, séreux, mal lié, mais sans grumeaux. A chaque inspiration le pus flue et reflue jusqu'au niveau des orifices ; mais, si le malade tousse ou fait un effort, une assez grande quantité de pus s'échappe de ces fistules surtout de celle qui est au niveau du second espace intercostal, en faisant entendre une sorte de gargouillement. Il est évident que ces fistules aboutissent à une collection purulente assez vaste ; en effet, on peut y injecter environ trente grammes de liquide. Je songe de suite à un abcès retro-sternal, mais je cherche à m'assurer qu'il ne s'agit pas d'une pleurésie purulente enkystée. La percussion et l'auscultation montrent que non seulement il n'y a pas d'épanchement dans la plèvre, mais aussi qu'il n'y a aucun signe de tuberculisation pulmonaire.

L'examen avec le stylet prouve que le sternum est à nu au niveau des fistules, et en courbant fortement le stylet on peut l'introduire derrière le sternum et constater ainsi la dénudation de la face postérieure de cet os sur une assez large étendue. Le stylet ne pénètre pas du côté des plèvres. Le malade se refuse à manger et ne consent que difficilement à prendre un peu de bouillon. Son état de faiblesse augmentait peu à peu, et il était évident que sans une intervention active la mort ne pouvait tarder. Cette intervention ne pouvait être que la résection du sternum dans sa presque totalité.

Le *Traité des résections* de Heyfelder, le *Traité d'opérations* de Gunther, le très intéressant travail de Rizzoli, publié en 1876 dans le *Bulletin des sciences médicales* de Bologne me donnaient le résumé de presque tous les cas connus de résection sternale. Les résultats avaient été généralement heureux ; il est vrai qu'il ne s'agit le plus souvent que de résections fort peu étendues. Chez mon malade, il devait en être autrement. J'avais à craindre la blessure de la mammaire, l'ouverture du péricarde ou de la plèvre, mais les précédents pouvaient me rassurer. Boyer blessa la mammaire, mais put assez facilement la lier ; M. Verneuil, en 1870, pendant une extraction de sequestre, aurait eu le même accident, dont il se rendit maître en appliquant une pince à demeure pendant 48 heures. Cittadini, en 1812, ouvrit la plèvre ; il est vrai qu'il avait réséqué une partie des sixième et septième côtes ; cependant sa malade guérit en quelques mois. D'ailleurs, l'épaisseur du périoste en arrière du sternum, épaisseur qui devait être encore

augmentée par l'inflammation, l'existence de la lame fibreuse qui le double me faisaient espérer d'éviter l'ouverture de la plèvre et même du médiastin.

Je pouvais avoir quelque inquiétude sur l'avenir réservé aux mouvements respiratoires, puisque j'avais à enlever la plus grande partie du sternum ; il est vrai que j'espérais, comme cela est arrivé, pouvoir conserver en bas l'appendice xyphoïde, en haut la partie du sternum correspondant aux articulations sterno-claviculaires. Si, d'un côté, Mazzoni avait perdu, de congestion pulmonaire, au quinzième jour, un homme de 55 ans, auquel il enleva la partie du sternum correspondant aux 2e, 3e et 4e cartilages ; d'un autre côté, j'étais fort encouragé par la belle observation de Rizzoli, lequel, en 1860, après avoir enlevé sur une femme de 29 ans atteinte de carie depuis douze ans, la plus grande partie du sternum, vit l'os se reproduire.

Je proposai donc l'opération au malade, qui l'accepta de suite avec un empressement peu ordinaire en pareilles circonstances.

Le 30 avril, après avoir endormi le patient avec le bichlorure de méthylène, anesthésique que je continue à préférer au chloroforme, parce qu'avec lui la période d'agitation est peu marquée et les vomissements très rares, je fis une incision transversale de la peau, allant de la fistule du second espace à droite à celle du second espace à gauche, puis une incision verticale médiane, allant jusqu'à la partie inférieure du corps du sternum, et en bas une seconde incision transversale, occupant toute la largeur du sternum. Je décollai avec la spatule tranchante les deux lambeaux latéraux quadrilatères comprenant la peau et le périoste, mettant ainsi à nu la face antérieure du sternum. Les fistules n'étaient pas assez larges pour me permettre d'y introduire une des branches d'une cisaille de Liston. Je coupai alors avec la pointe des cisailles, grattant la surface de l'os, les deux tiers environ de l'épaisseur du sternum, au niveau de la partie supérieure, puis, engageant un ciseau dans la fente ainsi produite et faisant une pesée, je fis éclater l'os dans toute son épaisseur. Cela fait, je sectionnai de chaque côté les deuxième et troisième cartilages costaux contre le sternum, ce qui me permit de soulever cet os, de passer le doigt en arrière, de m'assurer du décollement du périoste, de le compléter au besoin et de protéger le médiastin et le péricarde. Je sectionnai successivement les 2e, 3, 4e, 5e, 6e cartilages costaux de chaque côté ; je pus, en soulevant l'os, plonger le regard en arrière de lui, et je constatai par la vue et par le toucher que le périoste était tout à fait adhérent au niveau de la base de l'appendice xyphoïde. Je sectionnai l'os à ce niveau avec les cisailles de Liston.

Examinant alors la partie supérieure, je vis qu'il restait encore une partie du sternum dont le périoste postérieur était détaché ; je la réséquai avec la triquoise, et je vis avec plaisir que la partie intermédiaire aux deux clavicules était, comme je l'espérais, tout à fait saine.

La plaie produite par l'opération forme un parallélipipède régulier, partant du 1er espace et se terminant au niveau du 6e. Les bords sont formés par les cartilages costaux et les muscles intercostaux.

Le fond est constitué par une membrane épaisse, non tomenteuse, qui recouvre sans interruption tous les organes du médiastin et qui, à sa partie inférieure, est régulièrement soulevée par les battements du cœur.

Le fragment osseux enlevé mesure dix centimètres de longueur; sa surface antérieure est saine; sa face profonde est altérée dans toute son étendue et à une certaine profondeur. Le pansement consiste en compresses de tartalane trempées dans une solution de sublimé à 40 centigrammes par litre.

Lorsque le malade eut été depuis quelque temps réveillé et reporté dans la salle, j'allai le voir et je constatai qu'il respirait bien. Comme je le félicitais de s'être soumis à une opération qui s'était passée sans incidents et promettait une guérison si longtemps attendue, il me manifesta son étonnement, car, ayant été reporté dans son lit encore endormi, il ne se doutait pas que l'opération eût été faite, et, lorsqu'il en eut la certitude, il se contenta de me dire ces mots, auxquels je n'attachai pas d'importance : « Je n'ai pas de chance. »

Le lendemain, 1er mai, sauf la persistance de l'état de faiblesse, la situation est bonne, le pouls est à 100, à peu près comme avant l'opération, la température à 38°,2. Mais j'apprends, avec un étonnement facile à comprendre que, dans la journée de la veille et dans la nuit, le malade a deux fois enlevé son bandage, qu'il a cherché avec sa cuillère, à défaut de sa fourchette, puis avec ses ongles à ouvrir son médiastin; qu'il n'a accepté l'opération qu'avec l'espoir de ne pas sortir vivant de l'amphithéâtre et que, dans cet espoir ou cette conviction, il avait écrit la veille de l'opération à quelques amis de venir le lendemain réclamer son corps. L'opération avait été pour lui un mode, heureusement assez rare, de suicide. Avant l'opération il s'était décidé à se laisser mourir de faim, et c'est pour amener plus vite la mort qu'il s'était laissé opérer. En effet, il continuait, comme il l'avait fait depuis trois jours, à refuser toute nourriture, ce que nous n'avions attribué qu'à un manque d'appétit, n'acceptant qu'avec beaucoup de peine quelques cuillerées de bouillon. Je lui fis toutes les observations qu'on peut faire en pareille circonstance, et, comme il ne me paraissait guère touché de mes discours, je prescrivis, après la visite, de lui donner des lavements de peptone, dont il ne pouvait soupçonner l'effet.

La plaie a un assez bon aspect, malgré ce qui s'est passé la veille; elle laisse suinter un liquide épais, rougeâtre. Le côté droit du thorax a conservé son aspect normal et suit, mais avec peu d'amplitude, les mouvements de la respiration. Le côté gauche de la poitrine s'est affaissé; le bord de la plaie est à 2c,5 au-dessous du bord correspondant du côté droit. Les côtes suivent les mouvements respiratoires avec plus d'amplitude qu'à droite, car elles atteignent dans l'inspiration le niveau du côté droit. Les deux dernières sont soulevées par les contractions cardiaques et suivent les mouvements du cœur.

Le pansement est renouvelé, mais avec la précaution de faire de nombreux tours de bande entrecroisés; cependant, comme le personnel d'infirmiers est insuffisant pour qu'on puisse établir auprès de l'opéré une surveillance permanente, il parvient encore, dans la jour-

née, à défaire son pansement. Il continue à refuser toute nourriture. Le soir, la langue est sèche et il y a de l'agitation.

2 *mai*. Le malade, laissé un instant sans surveillance, malgré mes recommandations, est encore parvenu à déchirer son pansement, et, pendant presque toute la nuit, la plaie est restée à découvert. Il y a peu de suppuration, la langue est sèche et la voix s'est affaiblie. Je refais le pansement, c'est-à-dire que je place dans la plaie une compresse imbibée de la solution de sublimé, puis je moule une large plaque de gutta-percha en forme de cuirasse sur toute la partio antérieure du thorax. Je la maintiens avec des bandes que j'imbibe de silicate de potasse et, pour plus de sûreté, je fais attacher les mains du malade.

Il continue à refuser toute nourriture et je me crois largement autorisé à le traiter comme un aliéné. Ne pouvant utiliser la voie buccale, car le malade mord la sonde et menace de mordre les doigts, j'introduis par les fosses nasales une sonde œsophagienne au moyen de laquelle j'injecte dans l'estomac quatre jaunes d'œuf, un demi-litre de lait et 60 grammes de rhum. Une demi-heure après, le malade s'assoupit. Malheureusement l'alimentation forcée était employée trop tard ; je n'avais appris que la veille les motifs d'une abstinence que j'avais crue partielle et due au manque d'appétit, tandis qu'elle était absolue et volontaire. Malgré le bon résultat momentané de l'ingestion forcée des aliments, le malade s'éteignit sans agonie, à 3 heures de l'après-midi.

L'*autopsie* nous permit de voir qu'uno barrière très résistante, formée par le périoste et la lame fibreuse, protégeait efficacement le médiastin. Les poumons étaient un peu congestionnés à leur base, mais sains dans tout le reste de leur étendue. Aucune inflammation n'existait du côté du péricarde. Toutefois nous trouvâmes, à gauche, une lésion que nous n'avions pas soupçonnée et qui aurait exigé une résection plus étendue ou complémentaire. Vers l'angle supérieur de la plaie, à gauche, existait un tout petit orifice aboutissant dans une poche formée par la face postérieure des deux premières côtes à leur extrémité antérieure et la face externe de la plèvre, décollée et refoulée à ce niveau avec le périoste costal. La face postérieure des côtes en rapport avec le foyer purulent était cariée et aurait demandé à être réséquée.

Quoi qu'il en soit, malgré son issue fatale, cette observation est plutôt favorable à la résection du sternum. Faite quelques mois plus tôt et même seulement dans des conditions morales différentes, elle eut très probablement été suivie de guérison. Elle prouve, dans tous les cas, que l'opération ne présente pas les difficultés et les dangers immédiats qu'on pourrait lui supposer, et que l'enlèvement de la plus grande partie du sternum ne compromet pas fatalement, ni même sérieusement, les mouvements respiratoires.

Discussion.

M. Nicaise. J'ai fait deux fois la résection partielle du sternum pour carie. J'ai enlevé une fois l'extrémité supérieure du sternum et, de plus, l'extrémité interne de la clavicule gauche et une partie de la clavicule droite.

Comme chez le malade de M. Le Fort, il existait des tissus épaissis par l'inflammation et qui protégeaient la région profonde, et la malade a guéri. Il s'était formé une solide cicatrice fibreuse unissant les côtes correspondantes et protégeant suffisamment les organes profonds.

Je soigne en ce moment une dame qui a quatre ou cinq foyers de carie multiples du sternum. Le nettoyage de ces foyers, pratiqué isolément, ne m'a pas donné de résultat satisfaisant, aussi serai-je peut-être forcé d'en arriver chez elle à l'opération de M. Le Fort.

M. Le Fort. Rizzoli a pratiqué la résection de la partie supérieure du sternum et il n'en est résulté aucun accident. La réparation a été même assez rapide.

Présentation de pièce pathologique.

M. Trélat présente une pièce pathologique très rare, constituée probablement par une *tumeur osseuse*, d'origine sans doute congénitale, qu'il a retirée de la gaine du muscle jambier antérieur, chez un jeune homme de son service.

L'observation sera remise dans la séance du 1er juillet.

Lecture.

M. Bousquet, agrégé au Val-de-Grâce, lit un travail intitulé : *De la déformation des projectiles de guerre sur les pièces du squelette et des déductions à en tirer au point de vue des fractures.*

(Commission : MM. Farabeuf, Polaillon et Chauvel, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 24 juin 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. le Dr Guermonprez (de Lille) envoie à la Société un travail : *Sur divers faits de polydactylie* (M. Polaillon, rapporteur) ;

3° M. le Dr Piot envoie à la Société un travail : *Deux observations de sutures de tendon suivies de guérison* (M. Tillaux, rapporteur) ;

4° M. le Dr Dubar (de Lille) envoye à la Société un travail : *Kyste congénital du cou* (M. Monod, rapporteur) ;

5° M. Méplain (de Moulins) envoie une observation de : *Tétanos traumatique, traitée par le chloral* (M. Verneuil, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

M. Lucas-Championnière. Dans la discussion à propos de la rupture de l'urèthre, j'ai préconisé, après MM. Cras et Guyon, les avantages de la recherche immédiate du bout postérieur et le placement immédiat d'une sonde à demeure. J'ajoutais que je venais, dans un cas tout récent, de profiter de cette manière de faire. Or, voici ce qui s'est passé : Il y a trois semaines, j'ai ouvert le périnée d'un homme qui avait fait la veille une chute sur le bord d'un baquet, et dont la vessie avait été ponctionnée. J'ai trouvé le bout postérieur de l'urèthre, placé une sonde à demeure et *suturé le périnée* en plaçant un drain au centre. Il fut pansé au bout de deux jours, puis deux fois en huit jours. Les deux premiers jours il passa un peu d'urine par le périnée. Puis ce fut tout. Il y eut *réunion immédiate du périnée*, car le onzième jour, le périnée était complètement cicatrisé, toutes sutures enlevées. Je retirai la sonde à demeure, et le malade put immédiatement uriner sans difficulté.

Il y a six jours qu'il n'y a plus de sonde, et tout se passe sans inconvénient. Cette manière de faire n'a pas dû être appliquée souvent. C'est pour cela que je vous signale ma première opération de ce genre.

Les pansements ont été faits avec l'ouate de bois, que j'expérimente depuis quatre mois environ, et dont je compte vous entretenir prochainement.

Communication.

M. Tillaux communique un cas d'*hystérectomie vaginale* suivie de guérison, sur une femme de 21 ans, atteinte de carcinome térébrant du col utérin.

Épithélioma de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

M. Tillaux. L'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du carcinome de l'utérus, est une opération toute d'actualité ; ses indications, ainsi que le manuel opératoire, sont encore incomplètement déterminés ; c'est ce qui m'engage à vous en présenter une observation :

A... (Marguerite), artiste lyrique, âgée de 21 ans, me fut adressée à l'Hôtel-Dieu par M. le Dr Creyx, qui la soignait depuis quelque temps pour une affection utérine. Cette jeune femme était accouchée à l'âge de 15 ans. Les accidents actuels dataient de longtemps déjà, mais avaient pris depuis six mois une grande intensité : pertes continuelles de sang et de matière sanieuse, odeur d'une extrême fétidité. En la touchant, lors de son entrée dans mon service, je trouvai le col complètement détruit ; il était évidé, en forme d'entonnoir ; les parois étaient anfractueuses et indurées ; le doigt pénétrait à la profondeur de 2 centimètres au moins, mais, fait important, les culs-de-sac du vagin étaient complètement libres.

L'état général était des plus mauvais : pâleur, amaigrissement, inappétence, syncopes fréquentes. De plus, les douleurs qui avaient jusqu'alors fait défaut, commençaient à apparaître dans la région lombaire. Le palper abdominal ne révélait aucun engorgement ganglionnaire.

Il n'était pas douteux que nous avions affaire à un épithélioma du col utérin commençant à envahir le corps. Aucune opération particlle utile n'était possible, puisque le col était réduit par l'ulcération à une coque mince, et les cautérisations de toute sorte avaient déjà été tentées sans résultat.

Considérant l'âge de la malade, la délimitation du néoplasme, l'intégrité des culs-de-sac, l'absence de tout engorgement ganglionnaire, je pensai qu'il y avait lieu de songer à une intervention radicale, c'est-à-

dire à l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, et je la proposai à la malade. Cette opération fut acceptée avec le plus vif empressement et décidée pour le mardi 2 juin.

La malade y fut préparée plusieurs jours à l'avance par les injections antiseptiques vaginales fréquentes, avec la solution de chlorure de zinc à 2 0/0, et l'intestin fut soigneusement vidé. Elle fut conduite dans une salle spéciale, isolée, affectée exclusivement aux opérations sur l'abdomen.

La malade, endormie, fut attirée sur le bord d'une table, les jambes relevées et maintenues par deux aides. J'écartai les parois du vagin avec le spéculum de Sims et saisis le col avec une pince de Museux. (Je crois qu'il serait préférable de se servir de pinces à mors plats comme les pinces à kyste.) L'utérus obéit aux tractions, et le col vint affleurer la vulve, de telle sorte que les culs-de-sac du vagin étaient suffisamment accessibles.

Une incision au bistouri fut pratiquée au niveau du cul-de-sac antérieur, de façon à désinsérer le vagin, puis je procédai à la séparation de l'utérus et de la vessie, temps difficile qui fut facilité par l'introducduction d'une sonde. Un petit accident survint à ce moment, l'arrachement de la lèvre antérieure du col de l'utérus; la dissection en fut encore rendue plus lente et plus pénible jusqu'à la couche celluleuse sous-péritonéale. Les doigts suffirent alors à la dissection, et le péritoine fut facilement déchiré. Le point important dans ce temps délicat de l'opération, est de bien raser la face antérieure de l'utérus, pour éviter d'ouvrir la vessie dont les replis masquent la ligne d'insertion du vagin, surtout lorsque l'utérus a été abaissé.

Une incision fut ensuite pratiquée au niveau du cul-de-sac postérieur, et le péritoine ouvert avec le bistouri sans aucune difficulté.

L'utérus, libre par ses faces antérieure et postérieure, ne tenait plus que par ses bords aux ligaments larges qu'il s'agissait maintenant de diviser. Convaincu que le mouvement de bascule de l'utérus, conseillé par notre collègue de Bordeaux, M. Demons, nécessitait de violentes tractions et pouvait causer des désordres graves, j'eus recours au procédé suivant :

J'introduisis l'indicateur de la main droite par le cul-de-sac postérieur, suivis la face postérieure de l'utérus, en reconnus le fond et arrivai sur le bord supérieur du ligament large droit. Recourbant alors l'index en crochet, je le fis ressortir par le cul-de-sac antérieur de telle sorte que toute la hauteur du ligament était contenue dans la concavité du doigt. Je priai alors mon collègue et ami M. Bouilly, qui avait bien voulu m'assister, de glisser un fil de soie sur la face antérieure de mon doigt à l'aide d'une aiguille de Cooper. Nous étions ainsi maîtres de ce ligament que nous serrâmes fortement avec le fil de soie. Avant d'en pratiquer la section et pour plus de sécurité, une longue pince fut placée le long du bord droit de l'utérus afin d'éviter l'hémorrhagie qui aurait pu venir du côté opposé; le ligament fut ensuite divisé entre la pince et le fil. Mais aussitôt le fil glissa, et nous dûmes appliquer rapidement une pince sur les artères utéro-ovariennes. Il eût été préfé-

rable de placer de suite deux ligatures au lieu d'une seule sur le ligament large, l'une comprenant la moitié supérieure, l'autre la moitié inférieure de ce ligament, ce qui fut fait ensuite.

L'utérus, libre par son bord droit, put être attiré facilement à la vulve, et le ligament large gauche apparut alors dans toute sa hauteur. Un fil de soie double étant passé dans son milieu, il fut lié en deux parties et divisé au ras du bord gauche de l'utérus. Cet organe, détaché alors de toutes parts, fut extrait dans sa totalité. (Je mets sous vos yeux la pièce elle-même et un dessin très exact fait par un élève du service, M. Loisnel.) A ce moment, une artère vaginale fournit un peu de sang, facilement arrêté par une compression légère.

Le pansement fut le suivant : lavage avec la solution de chlorure de zinc. Suture des deux parois du vagin avec un seul fil de catgut. Introduction d'un gros drain dans le petit bassin. Tamponnement du vagin autour de ce drain avec de la gaze iodoformée. Ouate phéniquée sur la vulve et bandage en T. L'opération avait duré une heure et demie.

En voici les suites :

Pendant les premières 36 heures, la malade eut plusieurs vomissements et surtout un état nauséeux très pénible. La température ne dépassa pas 38°,8.

Elle n'éprouva jamais de douleur dans le ventre.

Le tube à drainage, ne donnant lieu à aucun écoulement, fut retiré le quatrième jour.

Les tampons de gaze iodoformée furent enlevés le septième jour. A partir de ce moment, la malade qui avait été sondée, urina seule. Elle fut reportée dans la salle commune le treizième jour.

Nul incident digne d'être noté ne s'est produit pendant la convalescence, et la malade est sortie de l'hôpital le 1er juillet, complètement guérie.

Communication.

M. Terrier communique également un cas d'*hystérectomie vaginale* pratiquée par lui pour un épithélioma du col utérin et suivie de guérison.

M. Terrier. Les observations d'*extirpation de l'utérus* sont assez rares pour qu'il soit intéressant de les publier, ne serait-ce qu'au point de vue opératoire, réservant pour un temps ultérieur la question de cure plus ou moins prolongée.

Voici l'observation de la malade que j'ai opérée récemment : elle a été rédigée par mon interne, M. Poupinel.

Épithélioma du col utérin. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

La nommée M... (Louise), âgée de 47 ans, blanchisseuse, entre fin mai à la salle Chassaignac, n° 15, hôpital Bichat.

Réglée à 18 ans. La menstruation a toujours été régulière jusque il y a six mois environ. Quatre grossesses : la première, à 19 ans; la dernière, à l'âge de 25 ans. Accouchements faciles.

Il y a six mois, apparaissent des douleurs abdominales et lombaires pendant la marche; un sentiment de pesanteur très marqué dans le bas-ventre, lors de fatigue; à plusieurs reprises sont survenues des pertes abondantes. Les douleurs abdominales et les pertes ont cessé depuis trois mois environ.

La malade vient consulter pour des douleurs internes, siégeant vers l'anus et survenant pendant et après la défécation. Elle se prétend atteinte de *fissure à l'anus*.

L'examen de l'orifice anal ne révèle l'existeuce d'aucune fissure.

L'examen au spéculum fait voir un col utérin volumineux, entr'ouvert. Les lèvres du col, qui elles-mêmes paraissent saines, laissent apercevoir dans leur écartement une masse gris rougeâtre, fongueuse, saignant au moindre contact et d'où s'écoule une sanie infecte. Il s'agit évidemment d'un épithélioma.

Le toucher permet de reconnaître une légère augmentation du volume de l'utérus, et, détail important, sa parfaite mobilité. Les ligaments larges ne sont donc, selon toute vraisemblance, pas envahis. Les culs-de-sac du vagin sont libres.

Hystérectomie vaginale le 5 juin 1885, par M. Terrier, assisté de M. Richelot.

La malade est simplement placée en travers de son lit, les deux jambes maintenues par deux aides.

On fait une nouvelle injection de sublimé (liqueur de Van Swieten) avant toute intervention. Notons que, depuis son entrée dans le service, la malade est soumise à ce traitement antiseptique vaginal et qu'elle a constamment une compresse de lint boriqué entre les jambes.

Deux pinces de Muscux sont placées sur le col et l'abaissent facilement jusqu'à la vulve. On fait une deuxième injection au sublimé.

Incision du vagin, dans toute la demi-circonférence du col, et on passe entre le vagin et la vessie, en se servant soit du bistouri soit des ciseaux. Une sonde introduite dans la cavité vésicale permet de s'assurer qu'on est suffisamment éloigné du bas-fond vésical. J'arrive au cul-de-sac péritonéal, facile à sentir avec le doigt. On le saisit avec une pince à griffes et l'ouvre avec des ciseaux mousses; l'ouverture est agrandie avec les doigts. Ceci fait, j'essayai de faire basculer l'utérus de haut en bas en accrochant son fond avec une érigne, mais je ne pus y arriver.

Une éponge munie d'une pince à pression fut placée dans la plaie, plus une pince à pression sur une artère vaginale, et je fis relever le col par mon collègue Richelot.

J'incisai la demi-circonférence postérieure des insertions du vagin sur le col et pénétrai entre le col et le rectum, soit avec le bistouri soit avec des ciseaux mousses. L'utérus fut facilement décollé jusqu'au cul-de-sac péritonéal, assez profond. Celui-ci, senti facilement avec le

doigt, est saisi avec des pinces à griffes et ouvert avec des ciseaux mousses. Cette ouverture fut agrandie avec le doigt.

L'utérus est alors attiré à gauche, le doigt indicateur gauche introduit par la plaie antérieure et le pouce par la postérieure, je pus ainsi nettement circonscrire le ligament large droit.

Une double anse de fil de soie fut portée au milieu de ce ligament avec l'aiguille mousse de Cooper et les quatre chefs furent attirés deux en bas et deux en haut. Les deux anses furont entre-croisées. Le fil inférieur fut serré le premier, mais il cassa et il fallut recommencer toute la manœuvre en plaçant deux anses de fil double. On lie l'anse inférieure, puis l'anse supérieure, d'ailleurs entre-croisées.

Ceci fait, on sectionne le ligament large à ses attaches utérines et rien ne saigne, si ce n'est quelques vaisseaux utérins.

A ce moment l'utérus peut être attiré tout à fait au dehors, le col restant à gauche et le fond à droite.

On place sur le ligament latéral gauche deux anses doubles, toujours à l'aide de l'aiguille courbe mousse, et les deux anses, entre-croisées d'abord, sont liées ensuite.

L'utérus est enlevé complètement.

Un flot de sang artériel fait issue par le vagin et semble venir des parties profondes gauches. Après quelques recherches infructueuses et une légère perte de temps à éponger le sang, on voit que celui-ci vient de trois petites artérioles situées au niveau de la section du vagin, sur le col, à gauche. Ces artérioles n'ont pas été prises par l'anse du fil qui étreint la partie inférieure du ligament large gauche.

Elles sont saisies avec des pinces à pression et liées en masse, ce qui est assez difficile, vu la profondeur des parties. L'hémostase est alors parfaite.

Les fils placés sur les ligaments larges et sur les petits vaisseaux sont coupés ras et les ligatures sont abandonnées dans l'abdomen.

Un point de suture en soie est placé sur le fond du vagin pour l'obturer sur la ligne médiane, et deux drains sont placés à droite et à gauche de ce point et pénètrent dans le ventre de 2 à 3 centimètres.

Pansement vaginal avec l'ouate iodoformée et l'ouate phéniquée; bandage en T.

L'opération a duré 1 heure 30 minutes.

Après l'opération : température, 37°,2. Le cathétérisme sera pratiqué toutes les quatre heures.

5 *juin*, soir. Lors du premier cathétérisme, l'ouate iodoformée est un peu tachée de sang; on la change. T. 37°,4.

Quelques douleurs dans le ventre et à la matrice.

6 *juin*. Les douleurs ont nécessité trois piqûres d'une demi-seringue. L'ouate superficielle a été changée cette nuit lors du cathétérisme. Ce matin elle est un peu tachée par un très léger suintement. T. 37°,3.

Soir, T. 38°,5. Souffre vivement dans les reins; a uriné depuis l'opération 3/4 de litre d'urine; piqûre de morphine.

7 *juin*, T. 37°,2. L'ouate n'est pas tachée; on ne touche à rien.

Soir, T. 37°,5. Un vomissement à 1 heure après midi; souffre

toujours des reins, surtout à gauche; toujours 750 grammes d'urine environ.

8 *juin*. Cette nuit, à 11 heures, a vomi encore une fois, ainsi que ce matin vers 8 heures; souffre toujours des reins. T. 37°,3.

Soir, T 37°,9. Encore un vomissement à 2 heures; pas de piqûre.

9 *juin*, matin, 37°. Va tout à fait bien; on change l'ouate iodoformée, légèrement tachée.

Soir, T. 37°,2. Rien à noter.

10 *juin*. Encore un vomissement ce matin; n'a pas encore été à la selle depuis l'opération.

Soir, T. 38°,4. Un lavement administré le soir est resté sans effet et a réveillé les douleurs lombaires gauches. Une piqûre de morphine.

11 *juin*. T. 37°,3. Deux lavements administrés coup sur coup ont provoqué une selle. La défécation a réveillé les douleurs dans les deux lombes. La malade n'urine pas encore spontanément. Le cathétérisme évacue quotidiennement environ 750 grammes d'urine. Pas d'appétit. Absorbe environ 1 litre de lait par jour. Pansement. Ablation des tampons iodoformés antérieurs et d'un des drains. Lavage au bichlorure.

Soir, T. 38°,6. Encore une selle spontanée très douloureuse.

12 *juin*. Va bien; prétend avoir craché un filet de sang. T. 37°,6.

Soir, T. 38°,2.

13 *juin*. A toussé toute la nuit et n'a pu dormir qu'avec une injection de morphine. Pansement; ablation d'un tampon profond et du dernier tube.

Lavage au sublimé à faire trois fois par jour.

Soir, T. 38°,6. Un vomissement.

14 *juin*. Une selle ce matin, provoquée par un lavement. Ablation des deux derniers tampons vaginaux, qui ont une légère odeur infecte. Lavage au bichlorure.

Soir, T. 37°,4. Va bien.

17 *juin*. Depuis l'ablation des derniers tampons; la température est descendue et oscille aux environs de 37°.

A vomi ce matin son potage; souffre toujours du fondement pour aller à la selle ou émettre un gaz.

18 *juin*. Commence à s'alimenter sans vomir.

19 *juin*. Se lève pour la première fois.

22 *juin*. Ne souffre presque plus, même lors de défécation. Le rectum contient d'ailleurs encore un amas considérable de matières fécales.

23 *juin*. Selles abondantes. Les douleurs rectales ont disparu. La malade se lève et a bon appétit.

L'utérus enlevé, que je vous présente, offrait une néoformation épithéliale envahissant le col et le corps de l'utérus. La cavité du corps paraissait complètement fermée au-dessus de la néoformation. Celle-ci arrive presque jusqu'au bord droit de l'utérus, au-dessus des attaches du vagin : c'est de ce côté qu'on peut craindre

une propagation du côté des lymphatiques. D'ailleurs, l'étude de la tumeur sera faite complètement.

Discussion.

M. Trélat. J'ai en ce moment à l'hôpital une femme chez laquelle je vais très probablement pratiquer l'hystérectomie vaginale, et j'ai fait sur le cadavre cette opération, dont les divers temps ne diffèrent pas sensiblement de la méthode que MM. Tillaux et Terrier viennent d'employer sur le vivant. La première chose importante, dans la manœuvre opératoire, est de bien dégager les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus ; M. Terrier, comme M. Tillaux, incise le péritoine, c'est très bien ; d'autres cherchent à le décoller ; dans cette tentative on peut aller très loin, peut-être même plus loin qu'on ne le veut. J'ai pu aussi me rendre compte de la difficulté qu'on éprouve à faire basculer l'utérus sans agir avec force et même brutalité, ce qu'on doit avant tout éviter. Sur le doigt recourbé en crochet et embrassant le ligament large du côté gauche, d'abord on fait glisser une aiguille de Reverdin courbe (très commode à cet effet). — J'attirerai l'attention sur le peu de valeur des parties molles, grosses comme un porte-plume, qu'étreint la ligature longeant le bord latéral de l'utérus et sur la facilité avec laquelle peut glisser cette ligature ; une chose assez remarquable, c'est qu'une opération de ce genre ne nécessite qu'une ouverture péritonéale relativement de petite dimension, 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres de diamètre tout au plus ; la masse intestinale n'a aucune tendance à faire issue par cette ouverture. Une des principales difficultés opératoires réside dans la séparation de l'utérus d'avec la face postérieure de la vessie, et cette difficulté est encore accrue quand il existe une antéflexion du corps prononcée, comme chez la malade que, très probablement, je vais opérer.

Je me propose d'introduire un cathéter dans l'utérus et de me servir de cet instrument pour redresser l'organe pendant le temps de l'opération, qui consiste à le détacher de ses attaches vésicales.

Une autre particularité est relative à la mobilité de l'utérus. Le toucher vaginal n'est pas toujours suffisant pour constater la mobilité d'un utérus cancéreux ; on doit ne pas oublier d'y ajouter le toucher rectal. Il peut fort bien se faire, en effet, qu'un utérus qui paraît très mobile lorsqu'on l'explore par le vagin ne le soit plus lorsqu'on l'examine par le rectum.

Cette dernière manœuvre me paraît être de la plus grande im-

portance. Tout récemment, un de nos jeunes collègues des hôpitaux ayant commencé une opération de ce genre et éprouvant de très grandes difficultés pour dégager la face postérieure de l'utérus, je pratiquai le toucher rectal et je rencontrai une grosse bride fixant l'organe à l'enceinte pelvienne, ce qui ne permit pas de continuer l'opération commencée.

M. Lucas-Championnière. A l'appui de ce que vient de dire M. Trélat, j'ajouterai que non seulement le toucher rectal est indispensable, mais que bien des chirurgiens ont employé la *manuélisation*, c'est-à-dire le toucher et l'exploration de la face postérieure de l'utérus par le rectum avec la main tout entière. Quant à l'aiguille courbe dont parle M. Trélat et qu'il attribue à M. Reverdin, c'est moi qui ai imaginé cette modification.

Rapport.

Sur plusieurs observations de tétanos adressées par MM. Ballu, Cauchois, Demmler, Méplain, Pousson et Robuchon.

M. Verneuil, rapporteur.

Au mois de juillet 1884, M. le Dr Jullien, alors mon chef de clinique, publiait dans la *Semaine médicale* une leçon sur le traitement du tétanos. On y lisait le récit d'une guérison obtenue par le chloral à haute dose, puis l'indication d'une série de mesures accessoires destinées à favoriser l'action de ce médicament que, jusqu'à nouvel ordre, je considère comme le plus efficace en pareil cas.

La note de la *Semaine médicale* ayant été lue par divers chirurgiens de province, deux d'entre eux voulurent bien me faire savoir qu'en se conformant aux préceptes que j'avais donnés ils avaient été assez heureux pour réussir également. Un de ces faits, qui appartient à M. le Dr Valin (d'Angers), ancien interne des hôpitaux de Paris, a été mentionné incidemment dans un travail sur la désarticulation du genou inséré récemment dans la *Gazette hebdomadaire;* j'y renvoie le lecteur. L'autre, inédit, nous a été adressé par mon ami et ancien élève, le Dr Cauchois, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Rouen. Or l'observation est si bien rédigée, si concluante, si conforme en tous points à ce que je pense, que je vous propose purement et simplement de l'insérer ici même avec les quelques réflexions que l'auteur y a jointes.

Tétanos traumatique. — Traitement par le chloral à hautes doses. — Guérison, par C. Cauchois, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Rouen.

François X..., 28 ans, entre à l'hôtel-Dieu le 18 octobre 1884 pour une fracture du pouce compliquée de plaies dorsale et palmaire et produite par un écrasement dans un engrenage.

Pansement antiseptique avec attelles de carton.

Le 29 *octobre*, les plaies du pouce, indemnes de toutes complications, marchaient vers la guérison, quand le malade, qui descendait au jardin pendant la journée, se plaignit d'un peu de mal de gorge. L'interne du service constata de la rougeur de l'isthme du gosier et prescrivit un gargarisme émollient.

Le 6 *novembre*, en m'arrêtant auprès de ce malade, j'apprends qu'il éprouvait *depuis deux jours* une certaine difficulté pour ouvrir la bouche, et je constate en effet que les mâchoires ne peuvent pas s'écarter de plus d'un centimètre, à cause d'une roideur prononcée des muscles masséters et d'une constriction douloureuse du pharynx. Celle-ci augmente quand le malade veut avaler la salive ou tout autre liquide ; le moindre effort de déglutition provoque, en effet, un resserrement brusque et douloureux de la gorge. En même temps la rigidité des masséters et des muscles du cou se prononce de plus en plus. Les sterno-mastoïdiens et les muscles de la nuque contracturés, ne permettent qu'à peine quelques mouvements communiqués de rotation de la tête, mais aucun mouvement de flexion. L'expression de la face est légèrement sardonique.

Le malade se plaint aussi que la respiration est difficile, qu'il a la poitrine serrée *comme dans un étau*, suivant sa propre expression ; en effet, il y a une contracture manifeste des muscles pectoraux et intercostaux. Enfin le ventre est dur et déprimé par contracture des muscles abdominaux.

Apyrexie. La peau est cependant recouverte de sueur.

Miction normale. Rien du côté des fonctions digestives. Constipation depuis trois jours. — Insomnie la nuit précédente, mais pas encore de secousses convulsives.

Le doigt blessé n'est pas plus douloureux que d'habitude.

Immédiatement après avoir constaté cet état de choses, je fais isoler le malade dans un cabinet obscur ; je l'enveloppe tout entier d'une épaisse couche d'ouate et je prescris autour de lui le plus complet silence.

L'intestin est évacué par un lavement purgatif, et, toutes les heures, on fait avaler une cuillerée à soupe d'une potion contenant *dix grammes* de chloral pour 250 grammes de véhicule.

Le traitement avait été institué à dix heures du matin. Déjà, le soir du même jour, après avoir pris cinq cuillerées de la potion de chloral, le malade dit qu'il se trouve mieux, qu'il respire plus facilement, qu'il a la poitrine moins serrée, et aussi moins de gêne pour déglutir, bien que les mâchoires ne puissent pas encore s'écarter davantage. *Il est couvert d'une sueur abondante.*

Le 7 novembre, nuit assez bonne. Pas de secousses ni de soubresauts. Miction facile. Le malade est dans l'assoupissement chloralique, interrompu seulement de temps en temps pour boire. Il se sent mieux. L'étau, qui la veille lui serrait la poitrine, a, dit-il, presque disparu. Les mâchoires sont moins serrées et les muscles masséters sensiblement moins durs que la veille. Il prétend même ne plus éprouver, en avalant, la sensation d'étranglement qui était si douloureuse la veille. Les sueurs continuent d'être abondantes. Même traitement.

Le 8 novembre, le trismus a presque complètement disparu. Raideur beaucoup moindre du cou, du ventre, de la poitrine.

Le 9 novembre, le malade, qui commence à se dégoûter du chloral, dit qu'il se sent très bien. Le pansement du doigt s'effectue sans particularité.

Le 10 novembre, on est obligé, à cause de la répulsion très grande éprouvée par le malade, de remplacer la potion par deux lavements contenant chacun 5 grammes de chloral, pris l'un le matin, l'autre le soir. Ils ont été très bien conservés tous les deux.

Le soir, les mouvements de la tête s'exécutent dans tous les sens : la sensation de l'étau autour de la poitrine a disparu, la respiration est normale. Langue saburrale. La température axillaire est toujours inférieure à 38° (37°,3°).

Le 11 novembre, il s'est reproduit un peu de resserrement des mâchoires. En outre, le malade prétend que, pendant la nuit, il aurait, à plusieurs reprises, ressenti dans le cou et dans la poitrine des secousses, des roideurs subites amenant l'oppression.

On continue les deux lavements de 5 grammes de chloral chacun.

Le 12 novembre, pendant le pansement du doigt, on retire des plaies une esquille osseuse longue d'un centimètre. Au même moment se produit une secousse due à une contracture subite et convulsive des muscles du bras et s'étendant au cou, aux mâchoires qui se resserrent et à la poitrine, en produisant une oppression marquée. Cet état de contracture dure quelques minutes avec quelques secousses cloniques. Ces dernières se sont encore reproduites à plusieurs reprises dans la journée, notamment quand le blessé venait à heurter son pouce en remuant la main.

Le 13 novembre, rien de nouveau : pas de secousses nouvelles ; le soir, le malade, toujours soumis aux 10 grammes de chloral en lavement, accuse des sensations d'engourdissement des jambes.

Le 14 novembre, les lavements sont moins bien conservés. Le malade, qui déclare se trouver bien, demande avec insistance à se lever, ce qui ne lui est pas permis.

Le 15 novembre, les plaies du pouce sont presque cicatrisées. Pendant le pansement, on voit se reproduire une contracture qui dure environ deux minutes avec secousses comme celles du 12, mais moins violentes. On reprend le chloral en potion (6 grammes), plus un quart de lavement avec 3 grammes.

Le 16 novembre, appétit bon. X... se trouve beaucoup mieux.

Le 17 et le 18 novembre, on ne donne chacun de ces deux jours que

6 grammes de chloral. Or, dans la nuit du 18 au 19 novembre, il se reproduit à trois reprises, à minuit, à 3 heures et à 5 heures du matin, une violente contracture. La religieuse du service constate elle-même l'accès qui s'est produit à 5 heures du matin. Les secousses étaient assez fortes pour faire remuer le lit, et le malade éprouvait alors une rigidité complète des membres inférieurs et supérieurs. La constriction thoracique redevenait très pénible. L'interne de garde, appelé à ce moment, crut bon, en présence d'un accès de secousses convulsives très douloureuses, de pratiquer une injection hypodermique de morphine d'un centigramme et demi.

Le 19 novembre, nous trouvons le malade hébété et conservant encore plus marquée l'expression sardonique du visage, qui ne l'avait pas tout à fait abandonné depuis le début. Cependant, il prétend éprouver un grand soulagement. L'injection de morphine lui a procuré quelques heures de sommeil.

En présence des accidents de cette nuit, nous portons à 12 grammes la dose de chloral à prendre dans les 24 heures. Cette dose élevée est continuée pendant deux jours, les 19 et 20 novembre, pendant lesquels aucun accès convulsif ne se reproduit même quand on fait le pansement des plaies.

Le 21 novembre, pour la première fois, l'expression de la figure est redevenue tout à fait normale. Le malade, qui jusque-là s'inquiétait beaucoup et se croyait perdu, nous accueille avec gaieté et un état moral excellent. On donne encore 10 grammes de chloral pendant deux jours, le 21 et le 22 novembre.

Le 23 novembre, amélioration confirmée. Je continue le chloral en diminuant de 2 grammes tous les jours, de telle sorte que le médicament n'est complètement supprimé que le 29 novembre.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 6 décembre.

Bien souvent on a répondu aux observations de guérison de tétanos en disant : *C'est un tétanos chronique !* Je laisse cet argument pour ce qu'il vaut. M. le professeur Verneuil en a déjà fait justice. D'ailleurs, on n'a, je crois, jamais mis en doute la nécessité d'un traitement rapide et énergique des tétanos soi-disant chroniques. Quelques semaines avant le cas dont je viens de donner la relation, j'avais pu observer incidemment, dans un service chirurgical voisin du mien, un tétanos soumis au chloral à doses modérées, et qui s'est *brusquement* terminé par la mort vers le 30e *jour !*

Voilà, je pense, une marche très chronique pour un tétanos...

En admettant que mon cas n'ait pas débuté avec ces allures foudroyantes qui déjouent les efforts du traitement le mieux combiné, il faut reconnaître cependant que les muscles du cou et du tronc étaient déjà complètement envahis par la contracture tétanique quand le traitememt a été institué.

D'un autre côté, le malade, à ce moment-là, n'avait pas encore eu de grandes secousses convulsives, mais il s'en produisit quelques jours plus tard, quand les doses de chloral, massives d'emblée, furent diminuées un peu trop tôt sans doute, ou quand le médicament fut moins bien absorbé. N'avons-nous pas là une preuve évidente de l'imminence du péril jusqu'au dernier jour et en même temps de l'efficacité du traitement ?

Il est donc absolument nécessaire de maintenir pendant très longtemps les doses élevées de chloral. M. Verneuil a déjà insisté sur cette recommandation. Mon malade a pris du chloral pendant 23 jours et n'en a pas absorbé moins de 180 grammes, sans éprouver d'ailleurs le moindre trouble gastrique ni aucune espèce d'inconvénients.

Nous estimons aussi que l'*isolement dans une chambre sombre* et l'*enveloppement ouaté* ont contribué à la guérison en maintenant une température périphérique élevée et une sudation prolongée, et en diminuant autant que possible toute cause extérieure d'excitation réflexe. Les secousses convulsives provoquées par le pansement du doigt montrent bien, en effet, l'influence des excitations périphériques sur l'apparition des convulsions tétaniques.

M. Cauchois termine par les conclusions suivantes que, pour ma part, j'adopte entièrement.

L'observation précédente démontre une fois de plus l'*utilité du chloral contre le tétanos*.

Il en faut donner d'emblée une *dose élevée*, 10 grammes en moyenne, et la continuer longtemps, jusqu'à trois semaines et plus, s'il n'y a pas de contre-indication.

Il est indispensable d'y joindre l'*isolement* du malade et son *immobilisation* dans l'enveloppe ouatée.

Messieurs, je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à M. Cauchois pour son interressant travail.

2° De l'inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Voici maintenant deux observations inédites prises dans mon service au cours de ces derniers mois; je vous demande à les insérer ici à titre de documents.

Plaie par écrasement des orteils. — Tétanos. — Guérison par doses massives de chloral et injections hypodermiques de morphine.

H... (Georges), 31 ans, raffineur, syphilitique, entre le 28 février 1885, salle Michon, n° 14, pour une plaie par écrasement du pied ayant

amené le sphacèle des 4e et 5e orteils et de la moitié du 3e. Pulvérisation phéniquée, puis pansement ouaté.

H... semblait marcher vers la guérison, sans fièvre ni douleur, lorsque, le 12 mars au soir, il se plaint de ne pouvoir desserrer les mâchoires ; on constate du trismus ; on songe au tétanos, et on administre immédiatement 3 grammes de chloral.



Le 13 au matin, la constriction des mâchoires est bien marquée; les dents ne peuvent s'écarter que de 2 centimètres : masséters tendus, rigides, ainsi que les chefs sternaux des sterno-mastoïdiens ; pas de roideur du cou ; déglutition gênée, mais non douloureuse. M. Verneuil fait placer le malade dans une gouttière de Bonnet où il est entouré d'ouate. Le lit est garni de rideaux verts pour maintenir l'obscurité ; on prescrit le plus grand silence autour du patient, qui prend 11 grammes de chloral dans la journée.

Le 14, même état. 10 grammes de chloral.

Le 15, le malade n'est pas endormi par le chloral. Douleurs au niveau des plaies.

Le 16, même état, rictus sardonique ; un peu d'opisthotonos ; les muscles droits de l'abdomen sont contracturés ; déglutition gênée ; le malade se plaint de la faim. Plaies douloureuses. Pansement à la morphine ; 14 grammes de chloral.

Le 17, même état. Même dose de chloral.

Le 18, grincement des dents par convulsion des masséters ; flexion des avant-bras. 10 grammes de chloral et 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 19, plaies douloureuses. Pansement avec une solution de nitrate d'argent. 14 grammes de chloral.

Le 20, rictus et opisthotonos bien marqués ; face légèrement cyanosée; respiration gênée; mâchoires très serrées ; à peine peut-on passer entre elles le manche d'une cuiller. 15 grammes de chloral.

Le 21, la contracture musculaire est moindre, sauf pour les muscles de l'abdomen. Douleurs lombaires vives pendant la journée. 15 grammes de chloral ; cependant le malade ne dort pas.

Le 18 *et le* 19, diarrhée, qui cesse le 21.

Le 22, l'amélioration continue. 14 grammes de chloral.

Le 23, au moment de la visite, contractions convulsives des mâchoires. La langue est serrée et mordue ; face cyanosée ; masséters durs et gonflés sous la peau ; rictus prononcé ; contracture des avant-bras ; emprosthotonos. Injection d'un centigramme de morphine dans chaque masséter ; cessation immédiate de la crise. 15 grammes de chloral.

Le 24, pas de crise ; de temps en temps, projection des épaules en avant ; injection d'un demi-centigramme de morphine de chaque côté. 15 grammes de chloral.

Le 25, opisthotonos. Même dose de morphine et de chloral.

Le 26, l'opisthotonos a disparu. Le malade demande instamment à sortir de la gouttière de Bonnet ; on l'en retire pour le calmer. Persistance du trismus et de la roideur du cou et des muscles de l'abdomen.

Pas de crises douloureuses. 14 grammes de chloral ; injection de morphine. Le soir, un peu de dyspnée. Dans la nuit, grande agitation, au point que le malade tombe de son lit, sans crise convulsive toutefois. Sueurs abondantes.

Le 27, les urines sont examinées par M. Behal, qui y trouve du chloral. Craignant néanmoins que ce médicament ne soit pas absorbé complètement par l'estomac, on donne 3 lavements contenant chacun 4 grammes; en outre, 12 grammes du même médicament sont administrés par la bouche.

Les 28, 29 *et* 30, grande agitation ; on ne peut obtenir le calme ; sueurs continues ; trismus persistant, mais moins accentué.

Le 29, contracture légère des membres inférieurs. Pendant ces trois jours, on donne 12, 12 et 10 grammes de chloral.

Le 31, la contracture des membres cesse ; le cou est encore un peu tendu, mais les mouvements de la tête sont possibles. Trismus faible, plus de rictus ; contracture des muscles droits de l'abdomen.

Les jours suivants, les phénomènes tétaniques disparaissent peu à peu ; l'état général est très satisfaisant ; appétit normal ; malade pâle et amaigri.

Pendant tout le mois d'avril, on administre encore le chloral aux doses progressivement décroissantes de 8, 6, puis 4 grammes par jour. L'estomac n'a nullement souffert de ce médicament ; les déjections sont faciles.

Le 23 *avril*, il reste encore un peu de contracture des muscles de l'abdomen, appréciable surtout quand on palpe le ventre pendant quelques instants.

La plaie du pied est complètement cicatrisée. On cesse alors les injections de morphine et l'on continue seulement le chloral à la dose de 4 grammes jusqu'à la fin du mois. A ce moment la guérison est complète; le malade se lève, boit et mange comme à l'ordinaire; il sort quelques jours après.

Si l'on additionne les quantités de chloral ingérées par la bouche et le rectum, on arrive à la dose de 450 grammes du 13 mars au 30 avril.

D'autre part on a injecté sous la peau, du 23 mars au 22 avril, $1^{gr},14$ de chlorhydrate de morphine.

La quantité d'aliments ingérée a été considérable, de sorte qu'au moment du rétablissement, H... avait fort bonne mine et semblait plutôt avoir gagné que perdu de son embonpoint.

Naturellement, on avait toujours employé des substances liquides ou demi-liquides : lait, bouillon, vin, potages, purée, hachis, œufs, etc., pour éviter les mouvements de mastication. On choisissait de préférence pour les repas le moment où la résolution et la somnolence étaient aussi prononcées que possible.

La miction avait été généralement facile; de temps à autre on

avait dû recourir au cathétérisme avec la sonde de caoutchouc rouge très doucement introduite pendant le coma.

La constipation habituelle avait été combattue par des lavements purgatifs administrés tous les trois jours en moyenne.

Le tracé thermométrique a été fort remarquable. La température alla jusqu'à 38°,5 dans les jours qui suivirent l'accident, puis elle tomba. Au moment de l'invasion du tétanos, on notait 37°,4 le matin, 38° le soir, mais au quatrième jour de la complication, elle baissait encore de façon à osciller entre 37° et 37°,4. Pendant la phase ascendante et la généralisation de la contracture, du 26 mars au 2 avril, le tracé fut irrégulier sans qu'on puisse trop savoir pourquoi; à diverses reprises on nota 38°,5 ou 38°,6. Le 9 avril, nouvelle chute, cette fois définitive, car jusqu'à la fin du mois la ligne thermométrique était tous les matins un peu au-dessous et sur le soir un peu au-dessus de 37°. J'affirme depuis longtemps que le tétanos, malgré son étendue, son intensité et sa durée, est apyrétique, et que l'apparition de la fièvre indique une complication le plus souvent pulmonaire. L'observation présente confirme mon opinion.

J'ai été moins heureux dans le cas suivant, ayant perdu un malade qui paraissait en pleine voie de guérison. La mort est survenue subitement sans que j'en puisse donner une explication satisfaisante; pareille terminaison a d'ailleurs été déjà notée, ce qui démontre que les tétaniques peuvent succomber de diverses manières.

F... (Ch.), 17 ans, de Nonancourt (Eure), filateur, d'une excellente santé, eut vers la fin d'avril la main droite prise dans un métier. Il en résulta une plaie contuse du médius qui, bien que pansée avec la ouate et l'eau phéniquée, conserva toujours mauvais aspect.

Le 15 *mai*, le trismus apparut, M. le D[r] Grosfillay pratiqua aussitôt la désarticulation du médius, appliqua un pansement ouaté et m'expédia le malade à l'hôpital de la Pitié où il fut reçu le 16 au matin.

Le soir, d'après les constatations de M. Verchère, mon chef de clinique, les dents s'écartent de 1 centimètre à peine, les sterno-mastoïdiens sont contracturés; la plaie de la main est un peu douloureuse; le malade s'agite et se plaint continuellement. On institue immédiatement le traitement. Enveloppement dans le coton; gouttière de Bonnet; obscurité; chloral à dose hypnotique.

Le 17 *mai*, la bouche s'ouvre mieux, mais la raideur du cou persiste et l'agitation continue; cependant on arrive avec 7 grammes de chloral pendant le jour et 4 grammes pendant la nuit à obtenir le coma. Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même; la dose de chloral varie de 12 à 14 grammes. Une crise douloureuse étant survenue le 19, on fait une injection hypodermique de 1 centigramme de chlor-

hydrate de morphine. Dans la nuit le malade dort la bouche largement ouverte.

Le 20 *mai*, dysphagie assez prononcée; gêne respiratoire notable au moment de la visite ; température toujours très bonne, à 37° et quelques dixièmes. On pratique régulièrement les injections de morphine. Le ventre devient dur. On donne un lavement pour obtenir des selles, qui n'ont pas eu lieu depuis le jour de l'admission. La défécation fatigue et agite le patient ; rigidité abdominale ; opisthotonos considérable. Selles abondantes ; miction facile.

Le 21 *mai*, tout est calme avec 14 grammes de chloral et 2 centigrammes de morphine ; sommeil profond ; pouls tranquille ; respiration et température normales.

Le 22 *mai*, recrudescence du trismus ; plaintes, agitation, sensation de chaleur insupportable ; intelligence un peu obtuse ; contracture à peu près complète des muscles du tronc et des membres.

Le 23 *mai*, grande amélioration après des selles très abondandes. La nuit a été fort calme ; pas de crise, résolution des membres, 18 respirations ; déglutition aisée. Le chloral se retrouve facilement dans les urines. On en a administré 11 grammes et injecté 2 centigrammes de morphine.

Le 24 *mai*, état très satisfaisant. Le malade se réveille à 9 heures 30 minutes du matin, et boit avec avidité deux verres de tisane ; il n'accuse de douleurs nulle part, respire bien et répond clairement aux questions. La résolution musculaire est presque complète. Dans l'après-midi, après avoir déjà pris 5 grammes de chloral, il se réveille et demande à boire ; on lui donne à quelques minutes de distance deux verres de tisane ; il se soulève pour les ingérer ; à peine avait-il fini le second, qu'il est pris d'un spasme violent ; il jette le haut du corps en dehors du lit, se courbe en arc de cercle et meurt soudainement sans pousser une plainte.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

La plaie de la main était presque guérie ; elle n'avait été pansée que deux fois depuis le 16, jour d'entrée du malade.

Mais, Messieurs, là ne se borne pas ma tâche.

D'abord j'ai depuis longtemps dans mes cartons deux observations qui vous appartiennent et dont je suis le rapporteur. Elles vous ont été adressées par MM. les Drs Ballu, de Nanterre, et Robuchon, de l'Ile-d'Yeu, en Vendée.

Je dois vous en rendre un compte sommaire.

Ensuite, la communication de M. Cauchois a éveillé le zèle de trois autres confrères : MM. les Drs Demmler, de Versailles, Méplain, de Moulins, et Pousson, de Paris, qui vous ont envoyé des faits dignes d'être publiés.

Tous ces documents inédits constituent un dossier assez important, je l'espère, pour servir de point de départ à une discussion sur la thérapeutique encore non fixée du tétanos qui, dernier repré-

sentant pour ainsi dire des grandes complications du traumatisme, semble conserver encore sa fréquence et sa gravité, alors que toutes les autres tendent à disparaître et à s'atténuer.

Tétanos à début tardif; chloral et opium à doses élevées. — Guérison, par le Dr Demmler, médecin-major à l'hôpital militaire de Versailles.

André T..., 16 ans, d'Oued-Touta, contrée où règne le paludisme, constitution moyenne, tempérament lymphatico-nerveux, contracte en juillet 1882, un panaris de la pulpe du doigt qui dure 25 jours et laisse une cicatrice normale, non douloureuse. A la fin d'août, rappel de fièvre intermittente à accès tierces. Le 11 septembre, sans cause appréciable, douleurs à la nuque et dans le dos, avec légères secousses dans les muscles. Entrée à l'hôpital le 13 dans l'état suivant : contracture des muscles du front et du menton donnant au visage un aspect moitié souriant, moitié chagrin; trismus assez prononcé, permettant toutefois l'introduction entre les incisives du bec d'une cuiller. Roideur très grande de la nuque et du dos. Le malade se soulève d'une seule pièce; quand on le meut ou qu'on marche près de lui lourdement, il est pris pendant deux à trois minutes de secousses douloureuses et de crampes dans les cuisses. Chloral, 6 grammes; cautérisations ignées le long du rachis.

Le lendemain 14, l'état s'est aggravé; secousses fréquentes pendant la nuit. La roideur des membres inférieurs s'est accrue, point de fièvre. Néanmoins, en raison des accès intermittents antérieurs et dans la crainte qu'il ne s'agisse d'une fièvre pernicieuse convulsive, on prescrit une potion avec :

Chloral	6 grammes
Sulfate de quinine....................	2 grammes
	En trois doses.

Sans préjudice d'un lavement avec :

Chloral	2 grammes
Sulfate de quinine....................	2 grammes

Enfin, pulvérisation d'éther sur la colonne vertébrale avec l'appareil Richardson.

Le 15. Même traitement. État stationnaire.

Le 16. Rien de nouveau. On supprime le sulfate de quinine. On donne le chloral seul à la dose de 10 grammes et on continue la pulvérisation.

Le 18. Pas d'amélioration. Injection de 2 centigrammes de pilocarpine à deux reprises dans la journée. Point de changement appréciable.

Les 19 et 20. La dose de chloral est portée à 15 et 20 grammes. Le malade s'assoupit de temps en temps, mais le moindre bruit le réveille

et provoque le retour des convulsions. Applications à la nuque de deux cautères à la pâte de Vienne.

Le 21. Le chloral seul paraissant insuffisant et la contracture gagnant le diaphragme, on ajoute l'opium et l'on prescrit la potion suivante à prendre d'heure en heure :

Chloral........................	10 grammes
Extrait d'opium................	15 centigrammes

Le 22. Repos pendant la nuit. Les contractions du diaphragme ont disparu ; trismus un peu moins prononcé ; secousses moins fortes. La roideur de la nuque persiste.

Le 23 et jours suivants, même potion. L'amélioration continue.

Le 26 et jours suivants, pour maintenir le malade continuellement endormi, et ne le réveiller que quelques instants pour le faire manger, on porte le chloral à 20 grammes et l'extrait d'opium à 20 centigrammes.

Le résultat est atteint. T... dort profondément ; il prend sa potion et mange sans en avoir conscience.

Du 29 *au* 2 *octobre*, on donne 25 grammes de chloral par jour. Sous l'influence de cette dose excessive, le sommeil est continu. Quand on remue légèrement le malade, il est pris de secousses passagères, mais ne se réveille pas.

Du 2 *au* 10 *octobre*, on réduit les doses :

Chloral........................	10 grammes
Extrait d'opium................	15 centigrammes

L'état s'améliore de plus en plus.

Le 10 *et le* 11, on remplace le chloral et l'opium par le bromure de potassium à la dose de 6 à 12 grammes. Mais les secousses reparaissent aussitôt et le malade lui-même réclame son ancienne potion. On donne à nouveau :

Chloral........................	24 grammes
Extrait thébaïque..........	30 centigrammes

L'effet résolutif produit, on diminue les doses les jours suivants.

Le 15, le chloral est suspendu. Il n'existe plus qu'une légère roideur à la nuque et dans les mâchoires. T... se lève, et s'assied pour manger.

Dans l'après-midi de ce jour, fièvre assez violente, éruption morbilliforme, bien qu'aucun cas de rougeole n'existât à l'hôpital en ce moment. La maladie dure trois jours.

Les secousses musculaires reviennent encore de temps en temps; mais le trismus a tout à fait disparu et la roideur de la nuque est à peine appréciable. Le malade désire avoir à sa disposition une potion chloralo-opiacée, mais il n'en prend que quatre cuillerées.

Le 24, guérison complète.

Ce fait concis, mais très clairement exposé, me paraît mériter quelques commentaires :

1° D'abord, en ce qui concerne l'origine, il ne saurait être rangé ni dans les cas traumatiques, ni dans les cas dits spontanés, ni dans ceux enfin que le froid seul paraît capable d'engendrer. Je fais cette remarque simplement pour montrer l'inanité de nos divisions classiques pour les affections dont nous ne connaissons pas les causes.

2° Le début n'est pas moins insolite. C'est en effet plus d'un mois après la cicatrisation du panaris que le tétanos apparaît, à ce point qu'un rappel de fièvre intermittente tierce s'étant interposé entre le phlegmon digital et la névrose, M. Demmler se demanda s'il ne s'agissait pas d'une fièvre pernicieuse convulsive et administra en conséquence le sulfate de quinine qui resta sans effet.

3° Nous constatons encore ici la tolérance de l'estomac pour les doses élevées de chloral. Le malade a pu ingérer impunément 15, 20, et un jour même 24 grammes de chloral sans éprouver d'accident, ce qui surprendra certainement les chirurgiens qui, pour préconiser l'injection intra-veineuse, ont accusé cette substance d'ulcérer l'estomac et l'intestin.

4° En regard de l'innocuité, il convient de mettre, en certains cas du moins, l'insuffisance du médicament et d'insister sur la nécessité de lui donner des auxiliaires. Parmi ceux-ci, l'opium et ses dérivés occupent certainement la première place. Au dixième jour de la maladie, le diaphragme commence à se prendre, indice d'un grand danger. L'extrait thébaïque administré à 15 centigrammes, amène aussitôt un repos salutaire. Jusqu'à la fin de la cure, il est associé au chloral, et un jour, un mois après le début du mal, le malade en prend jusqu'à 30 centigrammes.

5° La tolérance de l'économie pour des doses considérables de chloral et d'opium est si remarquable dans ce cas qu'on peut se demander si elle ne résulte pas précisément de l'association des deux médicaments. Une phrase de l'observation autorise à le croire. A partir du moment où l'on donne de fortes doses — chloral, 20 grammes ; opium, 20 centigrammes — T... dort profondément. Il prend la potion sans en avoir conscience. Ceci montre les avantages du coma artificiel, car souvent nos tétaniques refusent absolument le chloral par la bouche, à cause de la sensation très désagréable de constriction pharyngienne qu'il détermine, sensation qu'on peut à la vérité atténuer beaucoup en donnant le médicament dans du lait. Si cette vue se confirmait, on administrerait l'opium dans le tétanos, non seulement à cause de ses vertus propres, mais encore pour faire supporter plus aisément les doses nécessairement élevées du chloral.

6° Il ne faut pas se lasser de le dire. Le tétanos est une affection de longue durée, périlleuse jusqu'au dernier jour et qu'il faut donc combattre sans relâche jusqu'à résolution complète. Si l'on chante victoire trop tôt, si on suspend la médication, ou si on la change prématurément, les accidents reparaissent et plus d'une fois détruisent le résultat des longs efforts d'un mois de traitement. M. Cauchois a cité un fait de ce genre. Pour un peu, M. Demmler enregistrait un nouveau mécompte. Le 11 octobre, alors qu'on pouvait croire la partie gagnée, on remplace le chloral et l'opium par le bromure de potassium, médicament d'ailleurs très rationnel et qu'on donne à fortes doses. Aussitôt les secousses reviennent. Il faut recommencer l'administration massive des premiers hypnotiques pour regagner le terrain perdu. La guérison est enfin obtenue au trente-quatrième jour.

7° Je terminerai par une critique qui, je m'empresse de le dire, n'implique aucune intention de blâme. Vous avez remarqué sans doute que jusqu'au 21 septembre, dixième jour de la maladie où M. Demmler n'a plus mis en usage que le chloral et l'opium, il avait cru devoir employer divers expédients : cautérisations ignées au cou, pulvérisations éthérées le long du rachis, cautère à la pâte de Vienne à la région de la nuque, injections de pilocarpine, etc.

Je n'examinerai pas si ces diverses prescriptions ont été nuisibles ou seulement inutiles; mais je veux appeler l'attention sur ce que j'appellerais volontiers la *médication inquiète et impatiente du tétanos*, qu'on retrouve ici comme dans beaucoup d'autres observations. Ignorant la cause réelle du mal, réduit à faire l'aveugle médecine des symptômes, oubliant que la maladie a une évolution typique et une durée moyenne généralement longue, le praticien, talonné d'ailleurs par l'énormité du péril, cherche toujours à juguler la terrible névrose. Irrité par son impuissance trop commune, il change sans cesse de voie et essaie sans relâche de nouveaux agents, sans même se demander si ses efforts ne sont pas quelquefois incohérents et contradictoires.

On rirait d'un médecin qui, traitant une variole, instituerait chaque jour une médication nouvelle sous prétexte que la prescription de la veille n'aurait pas fait disparaître l'éruption et l'on ne dit rien d'un chirurgien qui, dans la même journée et presque à la même heure, anéantit avec le chloral la sensibilité d'un tétanique et lui frictionne la peau de façon à provoquer ou à réveiller des convulsions redoutables. Certes, on ne saurait blâmer les essais lorsqu'il s'agit d'une maladie qui tue si souvent; mais on peut réclamer des expérimentateurs et des praticiens une certaine soumission aux règles de la physiologie pathologique.

Si j'ai obtenu des succès dans le traitement du tétanos, c'est à coup sûr parce que je me suis laissé conduire par une théorie, que je me suis posé des indications précises et que j'ai rigoureusement cherché à les remplir ; et si je me permets de critiquer la conduite de mes confrères, c'est que j'ai fait comme eux, et que, m'étant aperçu de mon erreur, je crois devoir la signaler aux autres.

Messieurs, je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à M. Demmler pour sa très intéressante observation ;

2° De déposer honorablement son travail dans nos archives.

Plaie contuse de la face palmaire du petit doigt de la main droite avec ouverture de l'articulation phalangienne. — Tétanos aigu survenu quinze jours après l'accident. — Traitement mixte par les opiacés et l'hydrate de chloral. — Mort, par M. le Dr Robuchon (de l'Ile-d'Yeu, Vendée).

A. D.., soudier, 39 ans, constitution robuste, n'a fait jusqu'à ce jour aucune maladie. Antécédents alcooliques manifestes. Il habite une maison mal bâtie, très humide et exposée à tous les vents.

Le 4 octobre 1882, la main droite étant prise sous un bloc de soude, l'annulaire est légèrement excorié et le petit doigt atteint de plaie contuse à la face palmaire avec ouverture de l'articulation phalangienne.

Immédiatement après l'accident, les deux plaies sont lavées à grande eau, et l'on applique un pansement ouaté qui dut être renouvelé le lendemain, parce qu'il avait été traversé par le sang.

D... ne revint plus, se fit soigner avec des huiles et des onguents, et, malgré une vive inflammation du doigt, continua à visiter son champ par un temps humide et froid. Le 12 octobre, il travaillait au grand air, le visage crispé par la douleur, en pleine réaction fébrile, et le bras envahi par une lymphangite. Malgré tout, le malade continua à refuser les soins de M. Robuchon; mais le 19 octobre, notre confrère fut appelé et constata l'état suivant :

Insomnie, malaise général, raideur douloureuse du ventre, gêne dans les mouvements des mâchoires et du cou ; impossibilité de marcher; refroidissement des deux membres inférieurs, bientôt suivi de sueurs profuses; dysphagie marquée surtout pour les liquides; grande anxiété. D... se met à pleurer. La cicatrisation de la plaie du petit doigt était peu avancée; cette plaie elle-même, recouverte d'un putrilage gangréneux, exhalait une odeur infecte et était douloureuse au toucher; le bras, à peine tuméfié, ne conservait aucune trace de lymphangite. Lavage de la plaie, cataplasmes, potion à l'acétate d'ammoniaque pour augmenter la sudation, 10 gouttes de laudanum par heure.

Dans la nuit suivante, transpiration excessive; le trismus s'accentue ainsi que la raideur tétanique de tous les muscles du cou, du thorax et de la paroi abdominale.

Le 20 *octobre* au matin, D... peut à peine desserrer les dents pour laisser passer le bec d'un biberon; mais il avale facilement les médicaments et les aliments (bouillon, œufs, vin). Inquiétude extrême. Pas de douleurs vives. La tête est légèrement renversée en arrière ; membres encore souples. Miction dans la nuit. Pas de selles depuis la veille. Pouls à 75. On continue lo laudanum, 10 gouttes par heure. Le plus grand silence est recommandé.

Le soir, même état. Ni selles, ni urines dans la journée; la déglutition, de plus en plus difficile, devient impossible dans le courant de la nuit. Voix toujours très nette.

Le 21 *octobre* au matin, même anxiété; pour la première fois, secousses convulsives. Ni urines, ni selles; les sueurs diminuent. Huit grammes de chloral en lavement. A la suite, repos; la déglutition, toujours pénible, redevient possible. Les convulsions ne sont ni trop fréquentes ni trop douloureuses. Membres encore souples; le bras droit, en contracture, reste suspendu hors du lit malgré les efforts tentés pour le faire reposer. Impossibilité d'uriner. Dans la journée, second lavement avec cinq grammes de chloral; injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine; assoupissement immédiat du malade. Un troisième lavement avec trois grammes de chloral, administré vers cinq heures, n'a pas été conservé. Quelques boissons alimentaires ont été avalées. Contraction des pupilles; membres toujours souples; température peu élevée. Pouls dur à 95. Douleurs vives derrière le cou. Lavage et pansement de la plaie; nouvelle injection d'un centigramme de morphine : aussitôt, relâchement assez prononcé de tous les muscles contractés. Le malade s'endort.

Le 22 *octobre* au matin, D... a reposé jusqu'à minuit; alors, après bien des efforts, il rend un petite quantité d'urine très chargée. Douleurs violentes dans le dos et derrière le cou, sueurs complètement supprimées. Le malade, qui avale facilement les boissons alimentaires, a refusé le laudanum. Comme il rapporte toute sa maladie à la difficulté de la miction, le cathétérisme aisément pratiqué extrait plus d'un demi-litre d'urine épaisse, fétide.

Les secousses convulsives, étendues à tout le tronc, deviennent de plus en plus fréquentes, injection d'un centigramme de morphine; le malade s'endort aussitôt. On reprend le laudanum.

Dans l'après-midi, secousses continuelles ; les membres, et surtout les inférieurs, se contracturent d'une façon intermittente et alternative. Le moindre bruit et le plus léger attouchement provoquent les soubresauts ou les exaspèrent. Pouls petit et précipité à 110; fièvre assez prononcée; un deuxième cathétérisme, pratiqué sur les instances du malade, donne un quart de litre d'une urine incolore et inodore; lavement laxatif; évacuation abondante de gaz.

D... s'est assez bien alimenté, a pris $1^{gr},50$ de laudanum depuis midi. Une injection d'un centigramme de morphine est suivie immédiatement de sommeil qui malheureusement ne dure pas longtemps. En effet, dès 7 heures du soir, délire avec agitation; le malade veut se lever malgré la raideur tétanique de ses membres. Les secousses con-

vulsives sont remplacées par un tremblement presque imperceptible des membres supérieurs et surtout du membre droit; 6 gouttes de laudanum administrées à ce moment apaisent le malade. A 8 heures 30 minutes, un lavement de chloral ramène immédiatement le calme le plus complet; seulement la respiration, jusqu'alors assez régulière, devient plus précipitée et plus bruyante. Vers minuit, réveil, agitation, délire. A 3 heures du matin, second lavement de chloral; retour immédiat au calme, mais la respiration s'embarrasse de plus en plus.

Le 23 au matin, le délire continue; pouls misérable à 120; fièvre très forte; respiration râlante; teinte asphyxique des muqueuses. Le cathétérisme donne issue à un demi-litre d'urine claire et sans odeur; les piqûres d'épingle ne réveillent plus de réflexes sur aucun point du corps, lequel est en rigidité complète et totale, sauf pour les muscles de la partie antérieure du cou et du tronc, qui sont relâchés. La plaie n'a pas suppuré depuis 36 heures.

Mort à 11 heures. Pas d'autopsie.

M. Robuchon fait suivre son récit de quelques remarques.

Il croit que le tétanos, chez son blessé, a été causé plutôt par l'absence de soins et les pansements irritants que par le froid et l'humidité. En effet, ces conditions météorologiques sont habituelles dans l'Ile-d'Yeu, et cependant le tétanos y semble si rare, qu'en faisant appel aux souvenirs les plus lointains des habitants, notre confrère n'a eu connaissance que d'un seul cas, d'ailleurs également terminé par la mort. Il disculpe surtout le pansement ouaté qu'il a employé maintes fois pour des plaies contuses et dont il s'est toujours très bien trouvé.

Ce qu'il est surtout intéressant de relever ici, c'est le pessimisme tranquille de l'auteur en ce qui concerne le pronostic du tétanos. Dans son esprit, la maladie est si fatalement mortelle, qu'il se contente du résultat obtenu par son traitement. Il a réalisé du calme et cela lui suffit; il s'excuse à ce propos de n'avoir pas porté plus loin les doses d'opium et de chloral, sous prétexte que son seul but étant de donner du repos à son tétanique, « il devenait inutile et peut-être même dangereux d'accumuler les doses du moment où le résultat était obtenu ».

Ce fatalisme, nous l'avons observé chez nos maîtres pour la pyohémie; tout le monde y croit pour la rage; il était légitime, autrefois pour le tétanos; mais actuellement, il n'en est plus ainsi, et rien n'indique que M. Robuchon n'aurait pas pu sauver son malade s'il eût été animé par la foi.

Jetons un coup d'œil, en effet, sur la manière dont a été conduit le traitement pharmaceutique. Le tétanos éclate; on reste d'abord 48 heures sans administrer le chloral, et l'on se contente de donner le laudanum à la dose de 10 gouttes d'heure en heure. Au bout

de ce temps, on donne en lavement 8 grammes de chloral qui produisent un calme rapide. On associe la morphine en injections, mêmes effets favorables; puis on suspend le chloral et on revient au laudanum, pour reprendre de nouveau le chloral, mais seulement le lendemain.

Je cite ces incertitudes de la thérapeutique, non point pour blâmer mon confrère, mais pour montrer, comme dans l'observation précédente, à quoi conduit en thérapeutique l'absence de notions nettes de la cause, de la pathogénie et des indications à remplir.

Je ne suivrai pas M. Robuchon sur le terrain des causes du tétanos. On sait, qu'en ce moment, deux théories sont en présence : l'une qui attribue à l'excitation du système nerveux mis en jeu par l'irritation locale les phénomènes spasmodiques (théorie réflexe), l'autre qui proclame la nature infectieuse du mal.

Depuis les singulières remarques et recherches de Duboué et de Pasteur sur la rage, la théorie parasitaire du tétanos, qui jadis m'avait paru tout à fait fantaisiste, me semble aujourd'hui gagner quelque terrain. Je ferai observer toutefois qu'on comprend difficilement comment des germes infectieux, transmissibles, auraient pu venir atteindre un pauvre habitant d'une île quasi-perdue sur les côtes de l'Océan.

M. Robuchon s'excuse aussi de n'avoir point employé les bains, et moi je le félicite d'avoir omis ce moyen périlleux. Se figure-t-on les effets de la balnéation dans un taudis de paysan, mal chauffé, ouvert à tous vents et les effets résultant de la friction exercée sur le corps avec la rude toile dont on aurait pu disposer? Un bain dans de telles conditions ferait revenir le tétanos à un malade qui en serait aux trois quarts guéri.

Abcès consécutif à un cor du petit orteil. — Incision. — Tétanos de moyenne intensité. — Traitement par le chloral, la belladone et l'opium. — Guérison, par M. le Dr Pousson, aide d'anatomie de la Faculté.

B..., 37 ans, cordonnier, forte constitution, bonne santé habituelle. Pas d'affections nerveuses dans la famille.

Depuis longtemps, cor au petit orteil gauche, enflammé depuis quelques jours; abcès pour lequel B... entre le 7 janvier 1875 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, service de M. Azam.

Hébétude de la face; muscles contracturés; commissures labiales tirées en dehors; arcades dentaires difficiles à écarter; masséters durs et saillants ; contracture du sterno-mastoïdien, du trapèze et des muscles de la nuque. Pas de gêne de la déglutition ni de la respiration. Pouls régulier à 94. T. 37°,2.

L'abcès est ouvert avec la lancette, pansé avec la charpie, et guéri en trois jours. Mais la contracture des masséters et des muscles du cou persiste malgré des onctions répétées plusieurs fois par jour, avec l'onguent belladoné et l'administration de 6 grammes de chloral.

Même état jusqu'au 18 janvier, c'est-à-dire pendant dix jours ; le malade ne peut ingérer que des aliments liquides. Pas de fièvre; pouls entre 80 et 90 pulsations; température entre 37° et 37°,6. Les onctions belladonées ont été continuées; la dose de chloral a été progressivement portée à 12 grammes.

Dans la nuit du 18 au 19, agitation; augmentation du trismus et de la contracture des muscles trapèzes et sterno-mastoïdiens. Pouls 104. T. 37°,4. Le chloral est porté à 14 grammes. Insomnie.

Le 20, premières crampes douloureuses mais passagères, dans les mollets et dans les bras. Pouls 88. T. 37°,6. On remplace le chloral par une potion avec 5 centigrammes d'extrait de belladone et 10 centigrammes d'extrait thébaïque, administrée par cuillerée toutes les heures, à partir de onze heures du matin.

Dans l'après-midi, trois ou quatre accès de convulsions toniques; rigidité subite de tout le corps pendant quelques minutes. A sept heures seulement, l'effet de l'opium se fait sentir; on donne encore deux cuillerées de la potion. A minuit, profond sommeil, qui dure jusqu'à sept heures du matin. Pupilles légèrement dilatées.

Le 21, trismus plus prononcé que la veille ; col raide; paroi abdominale un peu dure et rétractée; douleur et résistance des membres aux mouvements provoqués. On reprend la potion belladonée et, à trois heures, on administre un bain de vapeur. Pouls régulier, à 92. T. 37°,8. A cinq heures, invasion subite de convulsions : la tête est fléchie en avant, sur la poitrine, et les cuisses sur le bassin, de telle sorte que le malade ne repose pour ainsi dire plus que sur le sacrum; face grimaçante. Respiration facile ; pas de délire. Les convulsions augmentent au moindre mouvement, continuent dans la nuit, cessent vers le matin, et font place à une sorte de coma pendant lequel le trismus diminue.

Le 22, journée assez bonne; pas d'attaques couvulsives; même potion ; nouveau bain de vapeur.

Le 23, plusieurs attaques convulsives, portant tantôt sur certains groupes de muscles, tantôt sur d'autres, de sorte qu'on voit se succéder l'opisthotonos, l'empresthotonos et le pleurosthotonos. Dans la nuit, les attaques cessent; relâchement des muscles, sommeil.

Le 24, la contracture tétanique a reparu avec des spasmes paroxystiques plus intenses encore que la veille. Pouls 96. T. 38°. Même potion. Nouveau bain de vapeur. Mais, dans l'après-midi, le malade, très excité, refuse le bain et la potion. On lui en donne une autre avec 3 grammes de bromure de potassium et de chloral. Nuit bonne.

Le 24, contractures musculaires moindres. Vers le soir, quelques convulsions de très courte durée. On continue le chloral et le bromure.

Le 26, le mieux s'accentue. Pas de nouvelles crises ; les traits reprennent leur régularité ; les mâchoires s'écartent de 2 ou 3 centimètres. Même potion.

Le 27 et jours suivants, le malade va de mieux en mieux; le 3 février, il peut mâcher un peu de pain, et le 10, il se lève quelques heures. On continue la potion jusqu'au 10 février.

Le 13 *février*, le malade sort complètement guéri.

Relevons dans cette observation deux points intéressants. Ici d'abord le traumatisme n'a rien à faire car il s'agit d'un abcès développé sous un cor et ouvert après que le tétanos était déjà déclaré. A propos du traitement, nous avons une nouvelle preuve de ce qu'on perd à changer trop la médication. Au début et pendant douze jours, on avait administré seulement le chloral à l'intérieur — je compte pour peu les frictions belladonnées; on avait commencé par 6 grammes, dose un peu faible et l'on était arrivé à 14; le malade à la vérité n'était pas guéri, mais au moins il n'était pas mort et c'est quelque chose d'être encore en vie après douze jours de tétanos.

Néanmoins, du 12e au 16e jour, on abandonne le chloral pour la belladone, l'opium et les bains de vapeur; mais l'état s'aggrave à ce point que le patient refuse absolument le nouveau traitement et surtout les bains de vapeur qui paraissent très particulièrement nuisibles.

Alors on revient tout uniment au chloral, avec addition inoffensive de bromure de potassium, et à partir de ce moment la marche vers la guérison reprend tranquillement son cours.

En regard de la thérapeutique indécise et parfois incohérente qu'on emploie trop souvent, permettez-moi de rapporter deux faits où, tout au contraire, on a, du commencement jusqu'à la fin, suivi une seule et méthodique voie, qui a d'ailleurs conduit au succès.

Je vous donnerai d'abord un résumé du cas qui nous a été jadis adressé par M. le Dr Ballu (de Nanterre).

Tétanos traumatique apparu quatre jours après une amputation de deux orteils. — Traitement par le chloral à l'intérieur et le chloroforme en inhalations, commencé deux jours après le début et continué pendant vingt-huit jours. — Guérison.

En février 1880, une femme de 34 ans, ayant eu le pied écrasé par une roue de voiture, dut subir la désarticulation des deux premiers orteils. Tout alla bien d'abord, mais le 4e jour apparurent les premiers symptômes du tétanos. M. Ballu employa d'abord l'opium à l'intérieur et sur la plaie, mais voyant les symptômes augmenter rapidement d'intensité, il vint à la Pitié le surlendemain matin me demander conseil.

Je lui exposai les principes du traitement : repos, silence, immobilité, température constante, coma continu obtenu par le chloral.

La formule fut appliquée dans toute sa rigueur et la malade main-

tenue pendant 38 jours dans le sommeil. Lorsque survenaient les convulsions ou les douleurs, on faisait respirer le chloroforme jusqu'à résolution complète. On consomma des quantités considérables des deux médicaments, soit 900 grammes d'hydrate de chloral et 2,300 grammes de chloroforme. La santé ultérieure de la patiente n'en parut nullement troublée.

Je me permettrai d'attirer votre attention, en premier lieu sur l'utilité d'un programme fixe. M. Ballu, qui a presque mon âge, ayant été externe chez Lisfranc en 1845, quand j'y étais interne, n'avait jamais guéri ni vu guérir de tétanos. Je lui indique sommairement la conduite à suivre et les indications à remplir ; il veut bien se conformer aveuglément à mes conseils. Sans se laisser détourner ni ébranler par les alternatives d'amélioration et d'aggravation si ordinaires dans la maladie en question, il administre imperturbablement les mêmes médicaments et pousuit la même médication pendant 38 jcurs consécutifs, et il réussit.

Je vous ferai remarquer en second lieu qu'il y a eu ici association de deux médicaments agissant d'une manière analogue sans doute, mais administrés cependant dans un but un peu différent. Car tandis qu'on donnait le chloral pour produire et entretenir la résolution musculaire, on avait recours au chloroforme seulement pour faire cesser les convulsions douloureuses revenant par crises. Ainsi se trouvaient combattus les trois symptômes principaux de la maladie : la contraction tonique, la contraction clonique et la douleur.

L'observation attentive des faits tendrait à prouver qu'un seul médicament peut difficilement obtenir ce triple résultat ; si la combinaison pharmaceutique s'impose comme une nécessité, il ne reste plus qu'à chercher quels agents peuvent être le plus utilement administrés ensemble. Le chloral et le chloroforme ont réussi entre les mains de M. Ballu ; or, si je ne préconise pas d'une façon particulière cette association, j'accepte cependant qu'elle est rationnelle et conforme à la théorie.

Dans le cas suivant, envoyé à la Société par M. le D[r] Méplain (de Moulins), l'association de la morphine au chloral paraît avoir donné les meilleurs résultats.

Plaie contuse avec déchirure des enveloppes du testicule et de la tunique vaginale. — Sphacèle partiel du scrotum. — Tétanos. — Pansements à l'alcool et au chloral. — Chloral à l'intérieur et injections hypodermiques de morphine. — Guérison.

J..., 14 ans, tailleur, petit, maigre, actif et remuant, tempérament nerveux très accusé, tic continuel des muscles des paupières et des lèvres.

Le 16 *août* 1875, chute du premier étage sur un tas de bois, les jambes fortement écartées et repliées; douleur extrêmement violente dans les parties, ce qui n'empêche pas J... de se relever et de remonter au premier étage.

Appelé immédiatement, M. Méplain constate que la bourse droite est divisée du haut en bas en trois lambeaux qui, attirés en haut par la rétraction du crémaster, laissent à découvert la tunique albuginée et l'épididyme. La section des tissus est si nette, qu'on la croirait produite par un instrument tranchant.

On ramène les lambeaux du scrotum sur le testicule dénudé et on les réunit par sept points de suture; puis on recouvre la plaie de charpie imbibée d'eau-de-vie. (Le pansement de Lister n'était alors guère connu en province.)

Les 17, 18 *et* 19 *août*, douleur modérée; fièvre nulle, l'un des lambeaux devient livide et se gangrène; le 20 des gaz infects soulèvent les autres; on enlève cinq points de suture et l'on substitue à l'eau-de-vie une solution d'hydrate de chloral au 1/50e.

Le 21 *août*, ablation des deux dernières épingles.

Du 21 *au* 27 *août*, les lambeaux postérieur et externe mortifiés en grande partie se détachent, laissant à leur place une surface bourgeonnante, d'un rose vif, sécrétant un pus de bon aspect, peu d'odeur. État général très satisfaisant. La cicatrisation marche régulièrement.

Le 30 *août*, on revient au pansement avec l'alcool étendu.

Le 1er *septembre*, le malade ne peut écarter les dents; cependant aucune douleur dans les masséters ni du côté de la colonne vertébrale. La plaie de très bel aspect est toujours indolente. Ayant vu mainte fois, chez cet enfant, les muscles de la face atteints de tics et de contorsions bizarres, ne trouvant d'ailleurs de sensation douloureuse en aucun point du corps, ni dans les muscles contracturés, ni à la nuque, M. Méplain n'attacha pas immédiatement au trismus l'importance qu'il lui aurait attribué chez tout autre sujet et se borna à prescrire une potion antispasmodique (éther et valériane).

Dans la soirée, le malade ne se plaignait de rien; mais le trismus était plus marqué et l'impossibilité d'écarter la machoire absolue. Un peu de sensibilité à la pression sur les apophyses épineuses des 2e, 3e et 4e vertèbres lombaires.

Le 2 *septembre*, persistance du trismus et de la sensibilité lombaire, pas d'accès convulsifs. Bon état de la plaie; pouls à 68, appétit conservé, aliments liquides. Potion antispasmodique *ut supra.*

Le 3 *septembre*, douleur rachidienne accrue, roideur générale de la colonne vertébrale et cambrure dans les parties lombaire et dorsale. Persistance du trismus. Pas de fièvre, appétit conservé.

5 grammes de chloral dans la journée.

Le 4 *septembre* (matin), exaspération de la douleur rachidienne par paroxysmes qui se renouvellent deux à trois fois par heure, durent chaque fois de deux à cinq minutes et s'accompagnent d'une contracture violente des muscles post-vertébraux.

Outre la douleur rachidienne, existe dans la fosse iliaque droite, au

voisinage de l'anneau inguinal interne, une douleur assez vive, constante mais que la pression exaspère en provoquant immédiatement un accès tétanique. Ventre tendu, ballonné; constipation depuis deux jours.

Huile de ricin (vomie sans effet purgatif)............	20gr
Hydrate de chloral	5
Injection hypodermique de chlorhydrate de morphine.	0,015

Le soir, douleurs rachidiennes et abdominales un peu moindres. Pesanteur de tête, sans sommeil. Nouvelle injection de morphine de un centigramme et demi.

Le 5 *septembre* (matin), pendant la seconde moitié de la nuit le malade a dormi profondément et la contracture des mâchoires a diminué. Secousses convulsives moins fréquentes, moins prolongées. Pouls à 90. Chloral, 6 grammes; injection de un centigramme et demi de morphine.

Le soir, le malade dort profondément; on ouvre largement les mâchoires presque sans résistance; les pupilles sont fortement contractées, ponctiformes. Respiration large, régulière.

Pas d'injection de morphine, on continue le chloral.

Le 6 *septembre* (matin), le sommeil a cessé; les pupilles sont dilatées, pas de fièvre. Diminution de la douleur de la fosse iliaque. Trismus très prononcé.

5 grammes de chloral.

Injection de morphine, 15 milligrammes.

Journée assez calme. Le soir nouvelle injection de morphine.

Du 6 *au* 10 *septembre*, état à peu près stationnaire. Le trismus et la raideur rachidienne diminuent beaucoup pendant le sommeil et reparaissent au réveil. 18 à 20 heures de sommeil par jour. Les accès violents de contracture tétanique sont assez rares depuis que le traitement est commencé; ils se produisent le plus souvent au moment du réveil, ou bien sous l'impression d'un bruit quelconque ou de la lumière.

Le chloral est continué à la dose de 5 grammes par jour.

Les injections de morphine sont faites régulièrement deux fois par jour; la dose totale de ce médicament est de 4 centigrammes le 7 septembre; 6 centigrammes le 8 septembre; 8 centigrammes le 9 septembre; 10 centigrammes le 10 septembre.

Le 10 *septembre*, la contracture des pupilles obtenue par la morphine est moins persistante; les accès d'opisthotonos sont plus fréquents (le chloral a été pris moins régulièrement).

Le 11 *septembre*, le malade a refusé absolument de prendre la potion au chloral et s'est mis dans une colère violente. Il en est résulté un redoublement de crises tétaniques très douloureuses qui se répètent plusieurs fois par heure jusqu'à une heure de la nuit. A partir de ce moment sommeil profond.

Le malade reprend dans la journée 5 grammes de chloral; en outre quatre injections de morphine, de 3 centigrammes chacune, soit 12 centigrammes pour les 24 heures.

Le soir, amélioration très prononcée qui se continue le lendemain.

Le 12 septembre, détente générale de tous les muscles contracturés, 6 centigrammes de morphine et 3 grammes de chloral dans la matinée, pas le soir.

Le 13 septembre, nuit calme, pas de fièvre. La contracture générale n'a pas augmenté depuis la veille. Les pupilles sont largement dilatées. M. Méplain essaie de suspendre tout traitement ; mais de midi à 2 heures, huit accès convulsifs reparaissent ; on reprend le chloral et on injecte sous la peau 3 centigrammes de morphine. Une semblable injection est pratiquée le soir à dix heures.

Le 14 septembre, l'amélioration reparaît comme avant, et du 14 au 28 septembre elle se prononce graduellement davantage. Le trismus diminue considérablement, ainsi que la contracture des muscles post-vertébraux et la raideur tétanique finit par se localiser d'une façon presque exclusive assez singulière, dans les muscles fléchisseurs de la jambe de l'un et l'autre côté. Pendant cette période, les accès convulsifs en général très courts et relativement faibles, ne reparaissent que sous l'influence d'une excitation sensorielle quelconque assez vive, ou, deux ou trois fois, à la suite d'un retard de quelques heures de l'injection de morphine.

Pendant ces quatorze jours la dose de chloral a été abaissée graduellement de 5 à 2 grammes ; celle de la morphine a été maintenue à 6 centigrammes en deux injections.

Le 29 septembre, les fléchisseurs des jambes sont seuls contracturés. Les mouvements de la mâchoire sont encore un peu raides, mais la mastication se fait sans difficulté sérieuse.

Aucun symptôme douloureux si ce n'est dans les muscles contracturés des jambes lorsque l'heure de l'injection de morphine est proche et surtout si elle se trouve un peu retardée.

L'injection de morphine à la dose habituelle fait immédiatement cesser les phénomènes pénibles.

Du 30 septembre au 2 octobre, amélioration progressive.

Le 2 octobre, on suspend définitivement le chloral ; une potion avec 4 grammes de bromure de potassium étant vomie avec persistance, on dut renoncer à son emploi.

Les injections de morphine furent seules continuées.

Du 3 au 9 octobre, les mouvements redeviennent faciles ; le malade peut se tenir debout et marcher sans douleur. Les mouvements sont bien coordonués. Les injections de morphine sont continuées mais à dose décroissante.

Le 20 octobre, tout symptôme convulsif ou douloureux ayant disparu depuis le 12, on cesse le traitement. Plaie complètement guérie ; cicatrice peu difforme et non douloureuse. Le testicule paraissait sain, offrant à la palpation, son volume et sa sensibilité normale.

Pendant la durée de la maladie, J... a absorbé, en tout, *cent six grammes* d'hydrate de chloral, et *deux grammes vingt centigrammes* de chlorhydrate de morphine.

Un détail accessoire : depuis cette maladie, le jeune garçon, revu souvent depuis et dont la guérison s'est d'ailleurs parfaitement maintenue, n'a plus présenté ces tics incessants des muscles de la face dont il était jadis atteint.

A la suite de cette intéressante observation, M. Méplain a ajouté des notes plus succinctes sur deux autres cas de tétanos observés par lui.

Le malade qui fait l'objet de cette observation, dit-il, n'a pas été le seul à bénéficier de l'heureuse inspiration que j'avais eue de le soumettre au traitement chloralo-morphiné. Tandis qu'il était convalescent, un de mes confrères, le Dr Lejeune, vint me demander de voir avec lui un de ses clients, moissonneur qui, en aiguisant une faux, s'était coupé profondément un doigt et avait été, à la suite de cet accident (je ne saurais préciser combien de jours après), atteint de tétanos. Sur ce second malade, je ne puis donner qu'une simple note, ne l'ayant vu qu'une fois, au second ou troisième jour des accidents tétaniques, et n'ayant connu que succinctement, par mon confrère, la suite de son histoire. Elle peut se résumer ainsi : au moment où je vis le malade, accès convulsifs très violents, se répétant de une à six fois par heure ; trismus et contracture des muscles post-vertébraux intenses et permanents ; raideur douloureuse des muscles extenseurs fémoraux ; la main blessée fut maintenue dans un bain d'eau tiède ; le chloral fut administré à haute dose et des injections de morphine pratiquées plusieurs fois par jour (6 à 12 centigrammes par jour). Apaisement immédiat des principaux symptômes et guérison définitivement acquise en deux ou trois semaines.

Enfin, il y a quelques mois à peine, je fus appelé à quelques lieues de Moulins, auprès d'un jeune garçon d'environ quinze ans, atteint, lui aussi, de tétanos à la suite d'une blessure à un doigt (plaie par arrachement de l'extrémité unguéale, remontant à trois semaines environ). J'attache à ce fait moins d'importance qu'aux précédents, parce qu'ici le tétanos, dont l'apparition datait de trois jours déjà, se présentait avec des allures relativement bénignes et peu comparables au cortège de symptômes si menaçants des deux autres que je viens de rapporter.

La distance à laquelle se trouvait ce malade ne me permettait pas de recourir aux injections de morphine fréquemment répétées, je fis administrer ce médicament à la dose de 5 centigrammes par jour, dans une potion où il était associé à 6 grammes de chloral. Je recommandai à la famille le calme, le silence le plus absolu, et l'obscurité aussi complète que possible. Le tétanos était bien cette fois bénin, car huit jours de ce traitement suffirent pour obtenir une guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

Ces trois cas de tétanos, traités par la médication chloralo-morphinée et suivis de guérison, nous paraissent de nature à affirmer

la puissance de cette médication contre le tétanos, d'autant plus que ces trois cas sont les seuls que M. Méplain ait observés dans sa pratique. Néanmoins, notre habile confrère ne veut pas conclure trop vite, et sans vouloir juger définitivement ce mode de traitement et proclamer son infaillibilité, se contente de dire pour le moment que nous avons là une arme très puissante, commode à manier et partant infiniment précieuse.

Les revers que nous avons signalés au cours de ce rapport, montrent en effet qu'il faut apporter quelque réserve dans l'appréciation de la médication chloralo-morphinée ; mais les succès sont encore plus nombreux, et actuellement nous ne connaissons aucun moyen thérapeutique qui ait donné d'aussi beaux résultats dans le traitement du tétanos.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à MM. Pousson, de Paris, Méplain, de Moulins, et Ballu, de Nanterre.

2° De déposer honorablement leurs observations dans nos archives.

Je ne voudrais pas étendre indéfiniment ce rapport, ce qui me serait possible, si je voulais surtout chercher dans les faits publiés les éléments d'une critique facile ; je ne puis cependant résister au désir de faire quelques courts emprunts à la littérature étrangère pour appuyer mon opinion sur la haute valeur du chloral dans le traitement du tétanos.

Voici d'abord une note du Dr Zémalsky, publiée dans un journal russe, *Vratch*, n° 11, 14 mars 1885 ; on y voit notée l'association de plusieurs médicaments, mais il est évident que le chloral à hautes doses mérite seul les honneurs de la cure.

Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, blessée au petit doigt par un fragment de verre, entrée au bout d'une semaine à l'hôpital pour une inflammation du doigt et un tétanos assez avancé.

Le traitement dura vingt-sept jours, qu'on peut diviser en trois périodes. Dans la première qui se prolongea 8 jours, on administra 15 grammes de bromure de potassium, 7 grammes et demi de chloral, et 5 centigrammes de morphine. L'amélioration n'étant pas appréciable, on supprima le chloral, mais la contracture augmenta beaucoup ainsi que le délire pendant cette seconde période.

On revint alors exclusivement au chloral, mais à des doses considérables, soit en 36 heures 30 grammes du médicament. Les jours suivants la dose fut réduite à 15 grammes. Les symptômes s'amendèrent bientôt, mais la rigidité musculaire ne céda qu'après 12 jours, ce qui constitua la troisième phase de la cure.

Il paraît évident que la guérison a été due ici aux fortes doses chloral. Le bromure de potassium et la morphine ne paraissent pas avoir eu grande utilité. L'auteur a même remarqué que le délire était causé par le dernier médicament, car il parut, augmenta et cessa avec son emploi.

Dans une note intitulée : *Sur quelques cas de tétanos traumatiques traités dans le grand hôpital de Milan de* 1879 *à* 1884, Boss rapporte avoir employé simultanément le chloral à hautes doses, le sulfate de quinine et les bains chauds.

10 malades sur 12 guérirent.

Bossi vante surtout le chloral dont les adultes supportent aisément douze grammes par jour; le médicament peut être également appliqué sur la plaie et employé en injections hypodermiques, à la dose de 1 à 2 grammes. (*London medical Reports*, p. 190; 1885.)

Le Dr Regazzoni, chirurgien de l'hôpital de Bergame, a bien voulu m'envoyer une brochure[1] relatant cinq cas de tétanos avec deux revers et trois succès. On employa le chloral à l'intérieur puis en injections intra-veineuses et hypodermiques, le sulfate d'atropine et le chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées, les inhalations de chloroforme et enfin les bains chauds très prolongés.

Or, je remarque que les deux malades qui succombèrent ne prirent point de chloral; des trois qui guérirent, au contraire, deux reçurent ce médicament à doses assez fortes, par diverses voies et pendant toute la durée de la cure. Dans cette série encore, c'est le chloral qui a pris la plus grande part à la guérison.

Au cas où le précédent rapport donnerait lieu, au sein de la Société, à une discussion désirable d'ailleurs, je crois bon de formuler les quelques conclusions suivantes :

1° Le tétanos, complication heureusement rare des lésions chirurgicales sous notre latitude, n'a pas été sensiblement modifié par les pansements antiseptiques et semble toujours fort grave ; toutefois le pronostic s'est depuis quelques années sensiblement amélioré et la guérison n'est plus comme autrefois un fait en quelque sorte miraculeux;

2° En l'absence de notions étiologiques précises, la thérapeutique reste à la vérité purement empirique, mais le raisonnement et l'expérience s'accordent à chercher le salut dans la médication narcotique et stupéfiante et dans la suppression de toutes les excitations sensorielles ou tactiles;

3° Parmi les médicaments à introduire dans l'économie, le chlo-

[1] Contributo allo studio del tetano traumatico (*Rivista veneta di Scienze mediche*, 1884).

ral est sans contredit le plus efficace et le plus facile à manier ; néanmoins, il paraît exiger dans un grand nombre de cas le secours de l'opium et de ses dérivés. En effet le chloral et la morphine associés de bonne heure, à dose suffisante pour abolir en quelque sorte la vie de relation, et continués pendant longtemps, donnent une proportion de succès que nulle autre combinaison médicamenteuse n'a atteint jusqu'ici.

4° Il importe infiniment de proclamer que le tétanos est une affection cyclique à évolution particulière, qu'on ne saurait donc juguler et qui dure d'ailleurs beaucoup plus longtemps qu'on ne le croyait, c'est-à-dire trois septenaires en moyenne;

5° Pendant toute cette durée, les indications restent les mêmes et la médication doit être poursuivie sans relâche. La cure est le plus souvent compromise par l'indécision, la variabilité, le défaut de suite, l'incohérence même dans le choix et le mode d'administration des remèdes.

6° Tout fait espérer que la médication chloralo-opiacée, appliquée avec promptitude, persévérance et vigueur, donnera dans la suite des succès de plus en plus nombreux.

Présentation de pièces.

Ovariotomie. — Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Monod présente un *kyste dermoïde* de l'ovaire récemment enlevé chez une femme de 46 ans, avec dents implantées dans la paroi kystique.

Il attire l'attention :

1° Sur la pièce elle-même, qui est un bel exemple de kyste dermoïde, avec dents implantées dans la paroi; les dents sont au nombre de deux, petites, complètes, fixées par leurs racines dans une petite masse de consistance, qui fait elle-même partie intégrante de la paroi kystique.

Le kyste contenait en outre la substance graisseuse de consistance de mastic, habituelle en cas pareil, à laquelle sont mêlés des cheveux en grand nombre, la plupart très longs. Quelques poils plus courts sont implantés dans la paroi kystique.

Il y avait, en outre, un peu de liquide brunâtre.

2° Sur l'âge à laquelle cette tumeur est apparue : il y a un an seulement que la malade a pu en faire constater la présence par son médecin.

3° Sur les accidents de péritonite dont la malade a été deux fois

atteinte, péritonites qui n'ont cependant laissé d'autre trace que les épaississements partiels de la paroi, mais aucune adhérence, circonstance évidemment heureuse et à laquelle on était loin de pouvoir s'attendre.

L'opération a été des plus simples et des plus rapidement conduites. Il n'y a eu aucune réaction, et l'on peut compter sur une prompte guérison.

Discussion.

M. Bouilly rappelle une malade de 30 ans, qu'il a opérée à Neckeı également, pour un kyste dermoïde contenant une grande quantité de poils blonds : l'opération fut des plus rapides et la guérison prompte.

M. Polaillon fait remarquer que les kystes dermoïdes avec dents ne sont pas très fréquents. Il y a sept ans, il opéra un kyste de ce genre chez une jeune fille qui avait été chassée par ses parents qui la croyaient enceinte : il y rencontra une proportion notable de poils et une centaine de dents enchâssées dans des portions osseuses.

M. Monod montre également que dans la pièce qu'il présente, les dents sont implantées sur des parties dures et osseuses.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 1er juillet 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques médicales de la semaine;

2° M. Gritti, membre correspondant étranger, envoie à la Société quatre brochures : *Relation des résultats cliniques de la taille latéralisée avec un nouveau cathéter; De la résection du maxillaire supérieur et de l'extirpation simultanée du bulbe oculaire; Claudication par ankylose angulaire du cotyle gauche; résection iléo-fémorale. Guérison. Cure de la fracture du col du condyle de l'humérus;*

3° M. le Dr Vignard, directeur du service sanitaire des bouches du Danube, nous envoie de l'hôpital de la marine de Sulina (Roumanie) une observation de *Luxation simple, métatarso-phalangienne du gros orteil gauche* (Commission : M. Farabeuf);

4° M. Polaillon dépose, de la part de M. le Dr Ch. Révol, sa thèse : *Des hygromas suppurés de la bourse pérotulienne; application de la méthode antiseptique à leur traitement;*

5° M. le Dr Poulet, agrégé du Val-de-Grâce, membre correspondant national, offre à la Société, en son nom et au nom de son collaborateur et collègue, M. Bousquet, le troisième volume de leur *Traité de pathologie externe.*

M. Trélat dépose, sur le bureau, l'observation dont il a présenté la pièce anatomique dans la séance du 17 juin dernier :

Corps étranger ou corps mobile de la gaine du tendon du jambier antérieur gauche, constitué par un membre surnuméraire.

Le malade qui portait cette singulière affection, C... (Julien), 28 ans, employé de bureau, salle Sainte-Vierge, n° 49, hôpital de la Charité, n'a eu que des antécédents sans valeur, et présente les attributs d'une bonne constitution.

Il croit que le début de sa tumeur remonte seulement à une année, et l'attribue à l'habitude qu'il avait d'appuyer son cou de pied sur le barreau de sa chaise. La grosseur s'est développée graduellement; depuis deux mois elle est devenue douloureuse et gênante, et le malade ne peut plus marcher qu'avec une bottine fendue. C'est cette gêne qui l'amène à l'hôpital.

La tumeur, aplatie d'avant en arrière, ayant son plus long diamètre transversal, arrondie à sa partie antérieure, offre environ le volume d'une noix. Elle a, dans toutes ses parties, une dureté osseuse et est absolument indolente. Elle repose sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne et sous le tendon du jambier antérieur qui la croise perpendiculairement. Elle est peu mobile en haut et en bas, mais très nettement mobile dans le sens transversal. L'extension du pied et la contraction du jambier antérieur fixent et accusent son relief. Elle devient presque invisible dans la flexion du pied.

Tous les autres organes et toutes les formes du pied sont dans l'état normal.

L'examen de toutes ces circonstances me conduisit à poser le diagnostic : corps flottant de la gaine du jambier antérieur. Je remarquai cependant que ce siège était peu commun et que ce corps flottant était d'un volume exceptionnellement considérable.

L'extraction de ce corps étranger, qui est le seul traitement à instituer, est pratiquée le 17 juin.

Une incision de 3 centimètres est conduite le long du tendon du jambier antérieur, parallèlement à son bord interne ; le corps étranger est mis à nu, saisi, basculé et facilement extrait après section do quelques menues brides fibreuses insérées sur sa face profonde. La plaie est suturée, pansée; le membre placé dans une gouttière plâtrée.

Il n'y a eu d'accident d'aucune sorte, et le malade est aujourd'hui guéri.

La tumeur extraite avait $0^m,039$ de long, $0^m,027$ de large et $0^m,016$ de hauteur ou d'épaisseur. La plus grande dimension était perpendiculaire à l'axe du pied. La face superficielle présentait une extrémité interne arrondie et revêtue de cartilage, une partie moyenne étranglée et creusée en gouttière par le tendon du jambier; une extrémité externe amincie et terminée en pointe très mousse. La face profonde, généralement plane, revêtue par places de cartilage, donnait insertion au petit trousseau fibreux sectionné pendant l'opération et présentait au niveau de l'extrémité interne, au-dessous de la tubérosité arrondie, une petite surface de 4 à 5 millimètres de diamètre, où le tissu osseux était à nu et semblait avoir subi une fracture récente.

Cette masse dure était, soit par le fait d'un accident, soit par une disposition particulière, composée de deux parties légèrement mobiles l'une sur l'autre. Une section immédiatement pratiquée suivant la plus grande longueur, permit de reconnaître la cause de cette mobilité.

L'œil nu constatait de la manière la plus incontestable que la tumeur était constituée par deux véritables os réunis l'un à l'autre par une articulation occupant toute leur largeur. Cette articulation était située à l'union des deux tiers internes avec le tiers externe. Sur chacune des pièces, on pouvait voir aisément : à l'extérieur, une lame de tissu compacte, et à l'intérieur, un tissu spongieux et régulier, à trabécules parallèles au plus grand axe. La petite cavité articulaire était libre et permettait des mouvements de glissement et de flexion très nets, favorisés d'ailleurs par une petite quantité de liquide synovial.

L'examen histologique a confirmé et éclairci ce premier examen à l'œil nu. Les deux os sont, en général, recouverts d'un périoste qui, au niveau de l'articulation, contient un nombre notable de fibres élastiques ; au-dessous de ce périoste existe une lame de tissu compacte parfaitement normal. Au centre des os et sous la lame compacte externe, on trouve un tissu spongieux, à grandes cavités médullaires, environnées de trabécules osseuses complètement ossifiées. A mesure qu'on s'approche des surfaces articulaires, on trouve des capsules de cartilage arrondies ou anguleuses; les unes déjà limitées par une mince bordure osseuse, les autres au contraire, plongées dans le tissu cartilagineux proliféré, En se rapprochant encore de la cavité articulaire, on ne trouve

plus que du cartilage hyalin, dont les cellules ne présentent pas une stratification régulière et en couches distinctes. Dans la partie de ce cartilage hyalin, voisine des ligaments articulaires, un certain nombre de fibres conjonctives s'insinuent entre les cellules du cartilage, de manière à constituer un vrai tissu fibro-cartilagineux.

En somme, cette étude histologique démontre que la pièce pathologique est constituée par deux os normaux, jeunes, encore en état de croissance et développés comme tous les os normaux aux dépens du tissu cartilagineux. La partie non encore ossifiée du cartilage et encore en état de prolifération, revêt les surfaces articulaires.

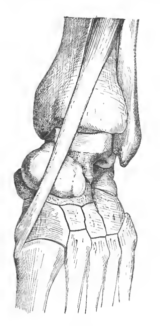


Fig. 1.

Situation de la tumeur sous le tendon jambier antérieur, sur le col de l'astragale, l'articulation astragalo-scaphoïdienne et le scaphoïde.

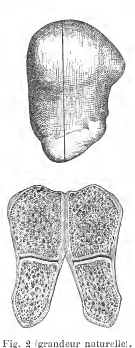


Fig. 2 (grandeur naturelle).

En haut, face superficielle de la tumeur avec la ligne de section. — En bas, coupe montrant l'articulation des deux pièces osseuses.

Plusieurs faits découlent de ces constatations diverses : 1° la tumeur n'est en aucune façon constituée comme les corps libres ou flottants des articulations; ce n'est pas une substance calcaire ni ostéoïde, ce sont deux os réunis par une articulation; 2° la tumeur dans son ensemble augmentait de volume par le mécanisme de l'accroissement normal des os; 3° il semble rationnel d'admettre que le plus volumineux des deux os a été, pendant un temps plus ou moins long, en continuité avec un point de l'astragale ou du scaphoïde, continuité révélée par la petite surface osseuse libre indiquée dans la description de la pièce.

Je pense, en résumé, que la tumeur est congénitale; qu'elle représente dans son ensemble un membre surnuméraire à squelette complet; que cette tumeur constituée probablement au début par deux petites pièces osseuses sans volume, est restée longtemps, comme cela arrive souvent pour beaucoup de tumeurs congénitales, stationnaire et inaperçue, et qu'elle n'est devenue gênante que par sa croissance et son volume. Peut-être même, peut-on ajouter que la forme et l'étalement de l'os anormal, sont la conséquence de son siège, de son implantation et du voisinage des tendons qui le recouvraient.

Au point de vue tératologique, il serait facile de rapprocher ce fait d'un certain nombre d'autres qui offrent avec lui les plus grandes analogies. Je me souviens d'avoir vu, il y a vingt-cinq ans, dans le service de M. Marjolin, un cas de polymélie constitué par un petit membre surnuméraire formé de deux os articulés, implanté sur la clavicule d'une petite fille.

Ce qui fait l'intérêt clinique de la présente observation, c'est qu'ici la continuité des os avait disparu, que la tumeur était devenue mobile, et qu'il était à peu près impossible dans ces conditions, de discerner sa véritable nature et le processus complexe qu'elle avait suivi.

Quoi qu'il en soit, c'est un cas tellement rare qu'il pourra bien ne pas se reproduire de longtemps, mais il comporte un enseignement de réelle valeur qui ne devait pas être négligé.

Communication.

M. Terrillon fait une communication sur deux cas de castration double (opération de Battey), chez des femmes atteintes de fibrome utérin compliqué d'accidents graves.

L'ablation des ovaires pratiquée dans le but de combattre l'accroissement des corps fibreux de l'utérus ou les accidents dont ils sont la cause, n'est pas encore une opération très répandue en France, malgré l'essor qu'elle a pris à l'étranger. Cependant elle commence à être pratiquée avec succès, ainsi que l'indiquent les faits publiés par M. Duplay (*Acad. de méd.*, 1885) et par M. Tissier, dans sa thèse inaugurale, sur l'opération de Battey ou Higas.

J'ai cru qu'il était utile de publier deux opérations de castration que j'ai faites il y a quelque temps, et de faire suivre ces observations de quelques réflexions :

Fibro-myome de l'utérus. — Douleurs violentes et impotence. — Castration double. — Guérison de l'opération. — Soulagement de la malade.

Mlle P... (Françoise), âgée de 40 ans, petite, maigre, mais ordinairement bien portante. Elle n'a eu ni enfant ni fausse couche. Cette malade m'est adressée par le Dr Benne.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle vit toujours régulièrement, peu abondamment pendant quatre jours environ, à chaque période menstruelle.

Malgré quelques malaises et quelques douleurs abdominales, cette malade pouvait travailler dans de bonnes conditions, lorsqu'il y a un an et demi environ, les douleurs augmentèrent rapidement, en même temps qu'elle sentit se dévolopper d'une façon sensible une tumeur qu'elle avait perçue plusieurs fois dans l'abdomen, mais qui était alors peu volumineuse.

Ces phénomènes douloureux allèrent en augmentant, s'irradiant dans l'hypogastre et la partie supérieure des cuisses, et mirent bientôt la malade dans l'impossibilité de travailler et même de quitter son lit, malgré toutes les médications auxquelles elle fut soumise. C'est alors qu'elle entra à la Salpêtrière pour tâcher d'obtenir un soulagement à ses douleurs qui sont surtout violentes au moment des règles.

Depuis plusieurs mois la malade a beaucoup maigri; elle est très pâle sans avoir une teinte cachectique. Les digestions sont difficiles, les mictions fréquentes mais non douloureuses, constipation opiniâtre. Ni œdème, ni albumine dans l'urine.

Par la palpation abdominale, on limite derrière le pubis une tumeur très dure, irrégulière, bosselée, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle plonge dans le petit bassin, où elle paraît enclavée et solidement fixée, surtout derrière le pubis.

A sa surface et sur les côtés, on constate deux tumeurs de la grosseur d'une petite orange, adhérente à la tumeur principale mais légèrement mobile.

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin est situé très haut; il est comme aplati avec une ouverture transversale très petite. Il est immobilisé dans le sens antéro-postérieur.

Le cul-de-sac antérieur du vagin est effacé par une masse dure, arrondie, qui se prolonge avec la tumeur principale. Le cul-de-sac postérieur est moins effacé, mais en le déprimant, on rencontre encore une masse dure et arrondie; celle-ci est encore mieux appréciée par le toucher rectal.

Au moyen de mon hystéromètre, je constate que la cavité utérine a 9 centimètres de hauteur, et qu'elle forme une concavité prononcée en avant.

Il n'y a ni métrorrhagie ni leucorrhée.

Le diagnostic peut donc être posé de la façon suivante :

Fibro-myome multiple, principalement interstitiel, ayant envahi l'utérus jusqu'au col. L'ensemble de la tumeur reste enclavée dans le petit

bassin et comprime violemment les organes voisins : vessie, rectum et nerfs.

L'ensemble des signes que nous avons constatés nous permet d'affirmer qu'il sera impossible de trouver un pédicule au niveau du col utérin pour pratiquer l'ablation sus-vaginale; la possibilité de la décortication des tumeurs paraît peu probable, il est donc à peu près certain qu'il ne faut pas songer à faire l'ablation totale.

Il ne reste donc comme ressource opératoire, que l'ablation des deux ovaires. Cette opération, en provoquant d'une façon hâtive le retrait de la tumeur et en diminuant ainsi les phénomènes de congestion et compression, permettra à la malade de vivre sans douleur et de reprendre ses occupations.

Après avoir laissé reposer la malade pendant plusieurs semaines, l'opération de la castration double fut proposée à la malade qui l'accepta aussitôt, car elle désirait obtenir un soulagement par tous les moyens possibles.

L'opération fut pratiquée le 16 mai 1885, avec le concours de MM. Monod et Jalaguier.

L'incision faite sur la ligne médiane, sur une paroi abdominale, amincie et très tendue, permit d'arriver rapidement dans le péritoine. Les anses intestinales aplaties qu'on rencontre en avant de la tumeur, sont refoulées avec une éponge. On constate alors les petites tumeurs pédiculées sous-péritonéales et la présence d'un utérus volumineux.

La main, introduite largement dans l'abdomen, permet de constater la mobilisation très restreinte de la masse principale : on ne peut la faire saillir au niveau de l'incision, et on constate surtout qu'il est impossible de pédiculer et, en un mot, de faire aucune tentative opératoire sérieuse. L'indication de la castration double est donc absolue.

L'ovaire du côté gauche, situé sur la partie latérale de la masse fibro-utérine, est trouvé assez facilement. Malgré la brièveté de son pédicule, il est enlevé facilement ainsi que la trompe qui s'y trouve accolée, après avoir placé une double ligature en soie.

L'ovaire droit, situé derrière la masse, n'est rencontré qu'après une recherche un peu prolongée, mais on peut l'attirer au niveau de la plaie en faisant basculer la tumeur autour de son axe vertical, ce qui rend l'ablation assez facile. Cet ovaire et la trompe correspondante sont enlevés après avoir posé sur le pédicule une double ligature en cordonnet de soie.

La plaie abdominale est fermée au moyen de six ligatures à fil d'argent, après avoir nettoyé avec soin le péritoine qui n'a reçu, du reste, que quelques gouttes de sang.

L'opération a duré environ une heure.

Les deux ovaires étaient sains, et les trompes hypertrophiées.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Pendant les premiers jours, la malade fut très faible et eut quelques syncopes légères; mais, grâce à l'alcool et à une alimentation liquide choisie, ces phénomènes cessèrent assez rapidement.

Elle urina seule dès le second jour, et le cours des matières fécales et des gaz s'établit rapidement grâce à quelques laxatifs et des lavements.

Les fils de suture furent enlevés le huitième jour. Il y eut un ou deux petits abcès consécutifs.

Les douleurs abdominales avaient disparu complètement, et, sauf un état de faiblesse assez persistant, la malade se trouvait très heureuse de sa nouvelle situation.

Elle commença à se lever vers le 10 juin, et, quelques jours après, elle put faire quelques pas dans l'appartement; elle était fatiguée, mais n'eut aucune douleur.

Depuis cette époque les forces augmentèrent, l'appétit s'améliora.

On peut donc considérer cette malade comme considérablement soulagée par l'opération, et nous donnant tout espoir de ne pas avoir de rechute. Les règles n'ont pas reparu depuis l'opération.

Fibro-myome de l'utérus. — Hémorrhagies abondantes. — Constipation opiniâtre. — Douleurs violentes. — Menace de mort. — Castration double. — Mort après 40 jours, par étranglement interne chronique. — Bon état de la plaie opératoire.

Mlle D..., âgée de 32 ans, entre à la Salpêtrière le 9 janvier 1885; elle m'est adressée par M. le Dr de Labatte (de Poitiers).

Les antécédents de cette malade sont assez simples et peuvent se résumer de la façon suivante :

Elle est petite, maigre, mais ordinairement bien portante. Réglée à l'âge de 14 ans, elle vit toujours régulièrement, mais peu abondamment jusqu'à l'âge de 28 ans. Ni grossesse, ni fausse couche.

Il y a quatre ans, les règles devinrent assez rapidement plus abondantes et prirent le caractère de véritables métrorrhagies, qui fatiguaient beaucoup la malade et occasionnaient de grandes douleurs.

En juin 1884, elle eut une perte abondante en dehors de la période menstruelle, mais cet accident ne s'est pas renouvelé.

C'est alors qu'on reconnut la présence d'un fibrome utérin dur, petit, et situé dans le petit bassin.

Depuis cette époque, les métrorrhagies étaient devenues tellement abondantes, que la malade était obligée de garder le lit continuellement, ayant des symptômes d'anémie très prononcés. En même temps apparurent des douleurs presque continuelles, occupant l'hypogastre, les lombes et les cuisses; elles étaient surtout violentes quand elle essayait de marcher.

Elle se plaignait aussi d'une envie fréquente d'uriner, accompagnée d'une certaine difficulté, et d'une constipation opiniâtre qui ne cédait que par l'emploi des purgatifs énergiques.

Plusieurs médications furent employées sans succès pour soulager la

malade et empêcher les hémorrhagies, mais sans obtenir un résultat sérieux.

En présence de l'infirmité réelle de la malade et la prolongation des accidents, M. de Labatte pensa à la possibilité d'une intervention et me l'adressa.

Au moment de son entrée, elle était pâle, profondément anémique, se plaignant de vertiges et bourdonnements d'oreille, mangeant peu et très affaiblie.

Le ventre est modérément développé, tendu et ferme. Il est facile, par la palpation, de limiter une tumeur dure, volumineuse, bosselée, médiane, mais proéminant surtout du côté gauche.

Cette tumeur occupe surtout le bassin, dans lequel elle plonge; elle dépasse un peu l'ombilic. La circonférence de l'abdomen est de 80 centimètres. Le col de l'utérus est situé assez bas dans le vagin, avec un orifice transverse qui permet l'introduction de la pulpe de l'index.

Il est immobile et se continue directement avec la masse utérine se prolongeant sur la tumeur du bassin et faisant corps avec elle.

On la sent aussi dans les culs-de-sacs, surtout en arrière, où le toucher rectal la fait reconnaître encore mieux. Des artères volumineuses sont senties sur les parties latérales et en arrière du col, et se prolongent dans la masse dure qui paraît soudée au cul-de-sac postérieur du vagin.

Toute la tumeur est immobilisée dans le petit bassin.

Avec mon hystéromètre, je pénètre à 14 centimètres, et la courbure est antérieure. La cavité de l'utérus est élargie dans le sens transversal. Le diagnostic est donc parfaitement certain et il s'agit d'une tumeur fibreuse occupant le fond et la face postérieure de l'utérus, mais s'étant mise en contact avec la muqueuse, ce qui explique la dilatation de la cavité utérine et les hémorrhagies abondantes. Les trois phénomènes les plus saillants produits par cette tumeur sont : les pertes abondantes, la compression de la vessie et surtout du rectum, enfin les douleurs intolérables et presque continues que la malade éprouve dans l'abdomen, les lombes et aussi les cuisses et les jambes.

L'état général est tellement affaibli qu'il semble nécessaire de chercher, par une opération, à soulager la malade.

L'ablation du corps fibreux et d'une partie de l'utérus me semble difficile et même impossible à cause de l'absence probable de pédicule et aussi à cause des rapports de la masse totale avec les culs-de-sac du vagin et peut-être avec le ligament large.

Il me semble que la castration double sera préférable ; car j'espère, grâce à elle, produire une rétrocession lente du volume de la tumeur et la disparition des hémorrhagies.

Du 9 *janvier* au 24 *mars*, la malade fut surveillée avec soin et soumise à plusieurs médications qui n'eurent aucun effet sur sa maladie ni sur l'état général.

Comme elle désirait beaucoup être soulagée, je me décidai à l'opérer, me réservant, s'il était possible, de pratiquer l'ablation de l'utérus; mais je comptais surtout faire la castration double.

Le 24 mars, la malade étant endormie, une longue incision fut pratiquée au-dessus du pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Les intestins étant repoussés en haut, je pus me rendre compte des dispositions de la tumeur, qui me sembla absolument inopérable à cause de ses rapports avec les ligaments larges et du volume de la partie comprise dans le petit bassin.

L'ovaire droit, ainsi que la trompe correspondante, fut facilement trouvé sur la partie latérale et un peu antérieure de la masse fibreuse.

Une double ligature, assez difficile à appliquer, à cause de la brièveté du pédicule, fut posée et permit d'enlever l'ovaire entier avec la trompe.

L'ovaire gauche, caché derrière la tumeur et assez profondément, est plus difficile à découvrir et surtout à saisir. La principale difficulté venait de la rigidité des bords de l'incision, qu'on ne pouvait écarter. Cependant, au moyen de quelques tractions sur la tumeur, et surtout avec l'aide de M. Monod, qui put la faire saillir en haut en introduisant son doigt dans le vagin, je pus le saisir avec la trompe et poser sur son pédicule également court une double ligature.

L'hémostase étant bien assurée et le péritoine bien nettoyé, la plaie fut fermée avec huit sutures profondes au fil d'argent. Quelques sutures superficielles complétèrent l'opération.

Elle avait duré une heure dix minutes. J'étais assisté par MM. Monod et Schwartz, et mon interne, M. Sebileau, qui donnait le chloroforme. Les deux ovaires semblaient sains et les trompes étaient légèrement hypertrophiées.

Le soir de l'opération, la malade fut assez bien, sauf quelques vomissements. Elle urina seule.

25 *mars*, même état; vomissements assez fréquents. Repos avec la morphine.

26 *mars*, elle rend des gaz par l'anus, ce qui la soulage.

Le soir, le ventre est ballonné, les gaz ne passent plus, le pouls devient petit et la malade est agitée.

On introduit la sonde rectale très haut sans avoir de résultat.

27 *mars*, malade très fatiguée, éructation, gaz par la bouche, nausées.

Les lavements ne donnent aucun soulagement.

On sent facilement que l'obstacle au cours des matières et des gaz est dû à la tumeur utérine, qui comprime le rectum. Pouls petit, température ne dépassant pas 38°. L'huile de ricin ne procure aucun soulagement.

28 *mars*, douches ascendantes avec de l'eau de Seltz, débâcle légère, soulagement.

29 *mars*, grâce à de nombreuses interventions semblables, la malade va bien; le ventre est moins ballonné. Elle mange un peu.

On s'aperçoit que les deux glandes parotides sont augmentées de volume, douloureuses et semblables à celles des oreillons.

La malade a de la peine à ouvrir la bouche.

Comme ce phénomène a déjà été signalé par quelques auteurs, il ne semble pas avoir grande importance.

Du 30 *mars* au 4 *avril*. Pendant les jours suivants, mêmes accidents et même intervention, qui n'amène que des débâcles passagères. L'état général s'altère et la malade s'affaiblit.

6 *avril*, le ballonnement considérable de l'abdomen empêche d'enlever la plupart des sutures profondes de la paroi abdominale. Celles-ci ne sont enlevées que le onzième jour; elles ont coupé la peau et produit quelques petits foyers de suppuration qui sont drainés.

Du 6 au 12 *avril*. État général moins mauvais que précédemment, mais toujours difficulté extrême pour obtenir des selles et le passage des gaz.

Chaque fois qu'on obtient une légère débâcle par les purgatifs et les lavements profonds, la malade est soulagée.

Les parotides sont toujours douloureuses et volumineuses, empêchant d'ouvrir la bouche.

15 *avril*, œdème douloureux de la jambe droite, début de phlegmatia alba dolens. La douleur est telle qu'on ne peut la soulager qu'en faisant des piqûres de la peau avec une épingle. Les liquides peuvent ainsi s'écouler et la malade souffre moins.

Après trois ou quatre jours, la jambe gauche est prise également, et bientôt aussi la partie inférieure de la paroi abdominale et les parties génitales externes.

Eschares légères sur les fesses.

La malade s'affaiblit considérablement.

21, 23, 25 *avril*, affaiblissement plus grand. Alimentation insuffisante. Ventre très ballonné. Quelques vomissements. Parotides toujours gonflées. A droite s'est formé un petit abcès à la surface de la glande; il est ouvert et drainé. Respiration difficile et pénible à cause du ballonnement du ventre.

La malade n'a perdu ni sang ni liquide par l'utérus depuis l'opération. Impossibilité de songer à une intervention spéciale pour rétablir le cours des matières.

Depuis le 25 *avril*, tous les phénomènes s'aggravent; la malade souffre, ne mange plus et s'affaiblit, et ne peut obtenir des selles qu'avec les grands lavements.

Les parotides ont beaucoup diminué et l'abcès de celle du côté droit est presque obturé.

La malade meurt le 1er *mai*, trente-six jours après l'opération.

Autopsie le 3 *mai*.

A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve aucune trace de péritonite.

De chaque côté de l'utérus, volumineux et bosselé, se trouvent les pédicules ovariques; les fils sont masqués par des fausses membranes et difficilement retrouvés. Les plaies sont guéries et ne sont pas soudées aux parties voisines.

Quelques veines du bassin sont le siège de phlébite avec caillots noirs non ramollis. Ceux-ci se prolongent dans les veines iliaques des

deux côtés, qui sont également oblitérées, les caillots remontant jusqu'au voisinage de la veine cave.

Derrière l'utérus, le rectum est comprimé et aplati dans une étendue de 25 centimètres.

Au-dessus de cette partie aplatie, se trouve une ampoule énorme qui était remplie de matières fécales dures. Cette partie était formée aux dépens de l'S iliaque.

L'utérus, volumineux et remplissant en partie le petit bassin, déborde beaucoup au-dessus du détroit supérieur.

On trouve au niveau de son fond deux gros fibromes interstitiels, qui ne peuvent s'énucléer.

Un autre fibrome volumineux, et faisant corps avec le tissu utérin, proémine vers la muqueuse utérine, qui est rouge et hypertrophiée à son niveau. Il est la cause principale de l'agrandissement considérable de la cavité utérine.

Le col est à peine saillant, et se continue directement avec les fibromes interstitiels. Les culs-de-sac vaginaux sont effacés.

Ainsi s'expliquent, d'une part, les hémorrhagies, et, de l'autre, l'impossibilité de l'opération radicale.

La malade est donc morte des suites de l'obstruction intestinale, avec phlébite non purulente des veines du bassin et des iliaques.

Les détails principaux qui méritent d'être signalés dans cette observation sont les suivants :

Les symptômes qui m'ont encouragé à pratiquer la castration furent : l'obstacle au cours des matières fécales, qui menaçait la vie de la malade à cause de l'inappétence et de la difficulté de l'alimentation; l'état de souffrance continuelle par compression des nerfs du bassin; et enfin, et surtout, les hémorrhagies abondantes et presque continuelles.

Malgré l'ablation des ovaires, la constipation et l'obstruction intestinale ont augmenté rapidement après l'opération. Ces accidents ont été causés en partie par la position de la malade, qui était couchée sur le dos, position qui favorisait la compression du rectum par la masse fibreuse. Mais on peut accuser aussi le léger gouflement que subissent souvent les corps fibreux après la castration, fait déjà signalé plusieurs fois par différents auteurs et qui est ordinairement passager.

Un phénomène intéressant, et dont nous connaissons déjà plusieurs exemples, est survenu vers le dixième jour après l'opération; c'est une poussée congestive et inflammatoire du côté des deux parotides et ressemblant aux oreillons (*Thèse* de Tissier, 1885. Opération de Battey).

La phlébite survenue dans les veines du bassin et dans les iliaques, avec œdème considérable des jambes et phlegmatia alba dolens, a été la conséquence de la cachexie dans laquelle était

tombée la malade. Elle fut une nouvelle cause d'épuisement.

Vers la fin de la vie, j'avais eu l'intention de pratiquer un anus contre nature dans la région de l'S iliaque pour parer aux accidents de l'obstruction intestinale. Peut-être, par ce moyen, aurais-je pu prolonger pendant quelque temps la vie de la malade. Mais ces accidents étaient plutôt chroniques qu'aigus; la paroi abdominale, envahie par un œdème considérable, aurait été un obstacle à l'opération, enfin les phlébites du bassin constituaient une contre-indication que je considérais comme assez sérieuse pour ne pas pratiquer cette opération. Malgré l'insuccès chez cette malade, qui a produit un obstacle brusque de la circulation intestinale, à laquelle je ne pouvais m'attendre, je crois qu'il était impossible chez elle de tenter toute autre opération.

Les principales réflexions que je développerai à la suite de ces deux observations sont les suivantes :

Une certaine difficulté, déjà signalée par la plupart des auteurs, pour attirer en dehors un des deux ovaires.

La disposition des ovaires, appliqués contre l'utérus hypertrophié et dont le pédicule, étalé et court, est difficile à lier, ce qui rend minutieuse la section. Celle-ci devait permettre de laisser un morceau de tissu au delà de la ligature pour assurer l'hémostase et ne devait comprendre aucune particule de l'ovaire.

Il faut signaler aussi la poussée congestive et inflammatoire des parotides succédant à l'opération.

L'aggravation rapide de l'obstruction intestinale par compression, succédant à l'opération, mérite aussi d'être indiquée avec soin, car elle prouve que, dans un cas analogue, la congestion du fibrome peut produire un excès de compression momentané.

Discussion.

M. Tillaux. Je demanderai à M. Terrillon, aujourd'hui où ayant fait l'autopsie de sa seconde malade, il lui est possible de se rendre un compte exact de la disposition anatomique des parties, s'il ne juge pas que l'hystérectomie vaginale, combinée à l'hystérectomie abdominale, aurait pu lui permettre une ablation totale des parties malades.

M. Terrillon. Je continue à croire que toute tentative d'extraction, quelle que soit la méthode employée, eût été impossible sans produire des délabrements considérables qui eussent fatalement entraîné la mort de la malade; la tumeur était prise derrière le pubis et le vagin étalé.

M. Terrier. Sur la première des malades de M. Terrillon, chez

laquelle le phénomène dominant était une douleur excessive, avec exacerbation au moment des règles, la castration était indiquée, le fait ne saurait être contesté. Je possède l'observation d'une malade sur laquelle j'ai fait cette opération pour remédier à une complication de cet ordre, et j'ai également réussi à supprimer des douleurs qui rendaient la vie complètement impossible.

Mais en ce qui concerne la seconde malade, je demande à exprimer quelques réserves à son égard.

Voilà une femme dont la tumeur avait surtout pour résultat de comprimer le rectum et de déterminer des accidents graves de rétention ; il est évident qu'il fallait tout faire pour enlever la tumeur dont l'influence mécanique était si préjudiciable, mais il me semble qu'il y avait moins de raisons pour provoquer une ménopause anticipée en enlevant les ovaires.

Je ne crois pas beaucoup à l'augmentation de volume des hystérosmes après l'ablation des ovaires, mais je ne crois pas non plus beaucoup à une diminution, du moins à une diminution rapide. Par conséquent, l'opération me paraît devoir être sans influence notable sur la compression du rectum.

Je ferai remarquer, à propos des difficultés d'ablation totale en présence desquelles s'est trouvé M. Terrillon, que rien ne l'obligeait à faire cette ablation totale, qu'il eût pu se contenter d'essayer d'énucléer les tumeurs les plus volumineuses, surtout celles qui comprimaient le rectum. Il est vrai qu'après cette ablation, il se serait trouvé en présence d'une vaste cavité creusée aux dépens de l'utérus, mais rien n'eût empêché de suturer les bords de la coque utérine à la paroi abdominale, et de la traiter ensuite, comme l'on se comporte avec toutes les poches suppurantes.

M. Sée. M. Terrillon ne nous a pas parlé de l'état des ovaires enlevés.

M. Terrillon. Ces ovaires étaient sains.

M. Verneuil. Je commence par dire que je n'adresse aucun reproche à M. Terrillon, que je n'ai à lui faire aucune critique sérieuse : je le remercierais plutôt de nous avoir communiqué son revers, ce qui n'est pas chose habituelle. L'autopsie de la deuxième malade de M. Terrillon lui a montré — ce qu'il avait d'ailleurs reconnu pendant la vie — que l'extirpation de sa tumeur utérine était absolument impraticable. Il ne pouvait donc songer qu'à faire une opération palliative, destinée à remédier à des accidents d'obstruction intestinale, et c'est ce qu'il a fait. Mais alors, pourquoi ne pas faire d'emblée l'opération à laquelle il a songé par la

suite, c'est-à-dire à pratiquer un anus contre nature qui lui aurait permis d'attendre les événements ? Il ne faut pas oublier, en effet, que si la castration double de la femme est une bonne opération, lorsqu'elle est appliquée à certains cas déterminés, et non pas à tort et à travers, ainsi que le font quelques chirurgiens étrangers, c'est cependant une opération dangereuse qui ne doit être proposée qu'avec une grande réserve. La mortalité, en effet, atteint la proportion de 15 0/0 ; c'est, du moins, ce qui résulte de l'excellente thèse de M. Tissier, dont il était question tout à l'heure.

M. Terrillon. L'objection de MM. Terrier et Verneuil serait parfaitement exacte, si j'avais opéré ma deuxième malade afin de remédier aux accidents d'obstruction intestinale dont elle était atteinte avant l'opération, mais il n'en a rien été, et cela d'autant plus qu'au moment où je vis la malade, les phénomènes n'étaient en aucune façon inquiétants.

J'ai voulu surtout et avant tout combattre des métrorrhagies qui, au moment de mon intervention, suffisaient à elles seules pour compromettre la vie de la malade.

Quant à l'ablation, que M. Terrier eût préféré à tout autre traitement, j'avoue qu'à l'heure actuelle, alors que j'ai eu les pièces en mains, je persiste à croire qu'elle eût été impossible.

Communication.

M. Lucas-Championnière fait une communication orale ;

Sur l'emploi de la ouate et de la charpie de bois et d'une poudre antiseptique remplaçant l'iodoforme.

La méthode antiseptique a toujours été se perfectionnant et se simplifiant, et je crois que ceux qui l'ont adoptée ont tous cherché cette simplification ; je sais bien qu'il y a encore quelques personnes qui s'imaginent qu'ils font de la chirurgie antiseptique parce qu'ils consomment beaucoup de gaze préparée et pensent que sitôt qu'on n'emploie plus cette substance, on ne fait plus du pansement de Lister. Or, Lister lui-même a toujours cherché ses perfectionnements.

Nous avons toujours eu pour objectif le remplacement de la gaze pour plusieurs raisons.

Même très bien préparée, elle est presque imperméable aux liquides, elle ne conserve son antiseptique qu'un temps restreint et des pansements ne sauraient être très rares.

Mais en outre elle est très mal préparée. On emploie pour la faire de l'acide phénique et de la résine impure qui irritent la peau. On surchauffe des mélanges. Puis, même si on l'a bien préparée, on la garde en magasin des mois entiers ; et rapidement la gaze ne vaut plus rien, ou du moins on ne sait plus du tout ce qu'elle contient. Joignez à cela qu'on vous livre de la protective qui n'est plus bonne non plus et reste perméable à l'acide phénique. Depuis longtemps il m'était impossible de retarder les pansements plus de deux ou trois jours au maximum, et si, au delà d'une semaine, je ne supprimais la gaze, il y avait toujours quelque petite anicroche du côté de la peau. Enfin depuis longtemps, de façon à éviter toute suppuration, j'avais dû, par quelque addition de topique, renforcer la valeur de mon antiseptique. J'ai employé pour cela souvent l'iodoforme, la poudre de benjoin, l'aloès, la créosote, diverses poudres composées ; depuis quatre mois, j'ai fait presque toutes mes grandes opérations avec une substance nouvelle fort préconisée en Allemagne : la *charpie de bois ;* c'est une pâte de bois de sapin, préparée comme la pâte du papier et imprégnée de sublimé, environ 4 pour 1000. On l'emploie seule à l'état grenu ou mélangée d'ouate, environ 1/5, et on la dénomme alors *ouate de bois.*

C'est une substance douce, facile à comprimer, absorbant aisément une grande quantité de liquide ; aussi, lorsqu'on la place en contact avec une plaie, si l'écoulement de sérosité n'est pas excessif, il ne vient guère à l'extérieur.

La quantité de sublimé qui l'imprègne est relativement considérable, et lorsqu'elle est infiltrée de matières putréfiables, aucune putréfaction ne se fait. De ces deux qualités, il résultera qu'un pansement peut rester en place fort longtemps.

Toutefois, il faut remarquer que la ouate de bois étant imprégnée de sublimé, antiseptique fixe, s'il se fait quelques fissures au pansement, quelques soulèvements des contaminations pourraient survenir si elle était employée seule. Aussi l'a-t-on généralement employée avec l'iodoforme.

Voici longtemps que j'emploie l'iodoforme de toutes les façons et, comme tout le monde, j'apprécie ses qualités et ses défauts, ceux-ci étant surtout un jeu d'irritation des plaies, des accidents d'intoxication légers habituellement, une odeur très désagréable et un prix élevé.

J'ai essayé un grand nombre de poudres diverses avec des suites diverses, mais je pourrais dire toujours avec de bons résultats. La pulvérulence d'une substance même inerte lui donne un certain degré de puissance antiseptique. Voici, toutefois, la formule à laquelle je me suis arrêté après les très pa-

tientes recherches de mon interne en pharmacie, M. Damecourt, qui, depuis deux ans, m'a secondé avec beaucoup d'empressement.

Iodoforme passé au tamis,
Poudre de quinquina,
Poudre de benjoin,
Poudre de carbonate de magnésie saturée d'essence d'eucalyptus,
(Parties égales.)

Cette poudre, je l'ai employée soit en l'appliquant directement sur la plaie, soit en la mettant par-dessus un peu de protective.

Après avoir mis la poudre, je mets la ouate de bois, souvent une éponge, puis le mackintosch et une bande de gaze ordinaire.

Quel est le premier résultat de l'application de ce pansement? Le pansement du lendemain est inutile. Pour les plus grandes opérations, le premier pansement est retardé au troisième jour. Pour les plus petites, je le laisse huit jours volontiers.

Je pourrais, pour les plus grandes, retarder davantage le premier pansement, mais j'ai toujours remarqué que ce retard exagéré se faisait aux dépens de la perfection de la ligne de réunion.

Quelquos citations pour terminer, car je ne puis même indiquer tous les cas où j'ai employé la ouate ou la charpie de bois.

Résection du genou chez un adulte. Premier pansement après 48 heures; deuxième pansement après le même intervalle, puis 4 jours. Les quatre tubes, les fils, sont retirés, et au douzième jour la réunion est absolument complète. Je vous montrerai le malade.

Une tumeur énorme de la fesse. Sarcome de 7 kilogrammes, 48 points de suture; cinq tubes à drainage. Premier pansement le troisième jour, puis le cinquième. Au bout de deux semaines, le malade peut se lever sans pansement. Malheureusement, à ce moment, il prend un peu de pneumonie en se levant, et il meurt dix jours après ; un poumon est absolument détruit par la généralisation ; l'autre est déjà en partie envahi. Malgré ces fâcheuses conditions, la réunion la plus parfaite que vous puissiez espérer a été accomplie en une dizaine de jours.

J'ai encore pansé de la sorte un cas d'ovariotomie, un cas d'extirpation du rein suppuré en retardant les pansements, malgré un drainage très abondant.

Sans vous ennuyer de ces citations, permettez-moi d'ajouter pour les pansements plus rares encore le cas d'une vieille femme de 70 ans opérée pour une hernie crurale droite étranglée, résec-

tion complète du sac et d'une portion d'épiploon presque du volume du poing. Je l'ai opérée un mercredi ; pansement le mercredi suivant ; enlèvement du tube et des fils. Le mercredi ensuite, le pansement est remplacé par un bandage contentif; il n'y a plus trace de plaie.

Amputation d'un pouce enflammé avec résection de la tête du métacarpien ; section dans des tissus infiltrés. Même délai, 8 jours ; deuxième pansement à la quinzaine ; la cicatrisation est complète.

Dans tous les cas, les pièces de pansement imprégnés de sang et de sérosité, voire même de pus, sont restées inodores.

Certes, la réunion n'est pas sensiblement plus commune dans le service, où son échec est très rare, mais elle est bien plus facile.

Ce pansement est en outre bien moins coûteux que celui fait à la gaze ; la matière première est moins chère et il est beaucoup plus rare.

Quant à la poudre, j'attire sur elle votre attention non seulement parce que c'est moi qui l'ai formulée, mais parce qu'elle m'a paru très supérieure à l'iodoforme, avec une odeur plutôt agréable, beaucoup moins d'irritation de la ligne de réunion et pas d'empoisonnement.

Pour vous donner une idée de l'économie, mon interne en pharmacie, M. Damecourt, m'a montré que depuis trois mois nous avions économisé chaque mois plus de deux cents francs d'iodoforme, ce qui se conçoit aisément, étant donné le prix très élevé de cette substance.

Bien que la charpie de bois soit moins chère que la ouate de bois, cette dernière seule me semble très pratique, la charpie de bois seule étant un peu difficile à fixer sur les plaies.

Je crois que pour la chirurgie de guerre ces pansements rempliront tous les desiderata sur lesquels on a souvent appelé l'attention à propos de la chirurgie antiseptique.

M. Gillette. Je désire dire un mot à propos de la poudre que M. Lucas-Championnière nous propose pour remplacer l'iodoforme. L'iodoforme est un médicament antiseptique admirable, mais son odeur est aussi nauséabonde que possible, ce qui empêche bien des chirurgiens de l'employer. On a cherché depuis longtemps à le désinfecter avec le benjoin, la menthe, diverses autres substances aromatiques, et on n'y est guère parvenu d'une façon constante, parce que, l'essence volatile partie, l'odeur de l'iodoforme réapparaît. — Depuis 1882, je me sers d'un *iodoforme désinfecté* ou inodore que M. Fourmont, mon interne en pharmacie

à Bicêtre, m'a préparé avec un mélange de poudre de charbon, de sulfate de quinine (1 0/0) et d'essence menthe. J'ai conservé dans mon cabinet un flacon de cet iodoforme depuis le mois de février 1883, et aujourd'hui il est aussi inodore que le premier jour. Je vous le présenterai. Cette poudre est noire, mais a conservé l'état cristallin de l'iodoforme ; elle a toutes les propriétés antiseptiques, et elle est incontestablement beaucoup plus agréable à utiliser que l'iodoforme ordinaire. M. Castri, un de mes élèves, a fait sa thèse sur l'application de cette poudre aux pansements antiseptiques et antihémorrhagiques du carcinome utérin ulcéré.

M. Trélat. J'ai toujours dit que la méthode antiseptique ne repose pas sur l'emploi de tel ou tel agent, mais bien sur l'emploi d'une série de manœuvres déterminées avec l'adjonction d'agents dont la nature peut varier. Je vois avec plaisir que M. Championnière cherche le progrès partout et ne s'en tient pas au pansement pur et simple de Lister.

C'est dire que je ne serai nullement hostile au remplacement de l'iodoforme par la poudre dont vient de nous parler M. Championnière, si je vois que cette poudre permet d'obtenir une antisepsie complète.

Il ne faut pas oublier en effet que l'iodoforme, cet excellent antiseptique, a d'autre part de grands inconvénients. Non seulement il sent très mauvais, ce qui a bien son importance, mais encore il coûte extrêmement cher, 70 francs le kilogramme, je crois ; j'en dépense pour ma part pour près de 400 francs par mois dans mon service, c'est là une somme impressionnante, et j'avoue que je serais enchanté de ne pas faire faire cette énorme dépense à l'administration.

M. Lucas-Championnière nous a également parlé des pansements rares.

Ces pansements, j'en ai toujours été partisan, et je crois qu'à l'heure actuelle il en est de même de la majorité des chirurgiens.

M. Marc Sée. Le pansement dont vient de nous parler M. Lucas-Championnière n'est autre que celui dont je me sers depuis neuf mois, et que j'ai signalé dans une communication récente, faite devant l'Académie de médecine. Ce mode de traitement n'est donc pas son pansement, mais devrait plutôt être formulé *mon pansement*. La seule différence qui nous sépare est la poudre dont nous nous servons l'un et l'autre.

La poudre qu'a imaginée M. Championnière est inoffensive, je veux bien le reconnaître, mais elle ne vaut pas mieux, et, en tous les cas, elle est beaucoup plus compliquée que celle dont je me

sers moi-même, et qui n'est autre que le sous-nitrate de bismuth très finement pulvérisé.

M. Lucas-Championnière. La poudre de bismuth dont se sert M. Sée est, comme toutes les poudres finement pulvérisées, une poudre antiseptique, mais inerte; par sa nature, elle ne vaut pas la poudre dont j'ai parlé, composée de substances dont les qualités antiseptiques sont incontestables.

M. Marc Sée. Je vous demande pardon. Le sous-nitrate de bismuth n'est pas une substance inerte. Il jouit de propriétés antiseptiques au même degré que les diverses substances que vous faites entrer dans la poudre de votre composition.

M. Chauvel. M. Lucas-Championnière a parlé incidemment des avantages qu'il y aurait pour la chirurgie d'armée à se servir de la charpie de bois. Je lui ferai remarquer que l'étoupe de Weber dont nous nous servons dans la chirurgie d'armée offre les mêmes avantages que la charpie de bois, et qu'elle coûte encore moins cher.

M. Lucas-Championnière. Le pansement que je viens d'exposer n'est ni celui de M. Championnière ni celui de M. Sée ; il y a longtemps qu'il est appliqué par les Allemands, qui, les premiers, en ont fait usage. Pour ma part et à ce sujet, je n'ai rien inventé, sauf peut-être la poudre que j'ai présentée. Je n'ai voulu que faire bénéficier les malades d'un pansement antiseptique commode et peu cher. J'ai fait de cette manière plus de trente opérations, où je n'ai eu qu'à me louer de ce procédé. Quant à la manière dont M. Sée procède, je la connaissais très bien. En France, nos pièces de pansement sont mauvaises, notre gaze est mal préparée, l'étoupe absorbe beaucoup plus mal que l'ouate et la charpie dont je viens de parler, et qui en Allemagne est bien bon marché, puisque le prix n'en est que de 18 sous le kilogramme.

Lecture.

M. Delorme, médecin-major à l'hôpital Saint-Martin, lit une observation intitulée : *Opération Létiévant-Estlander pour une pleurésie suppurée avec insuccès de plusieurs ponctions successives et d'une opération d'empyème. — Résection de sept côtes.— Mort. — Autopsie. — Pleurésie droite suppurée.*

(Commission : MM. Sée, Nicaise, Bouilly, rapporteur.)

Présentations de pièces pathologiques.

1° M. Nicaise présente les pièces anatomo-pathologiques d'un homme de 56 ans, atteint de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, et chez lequel il a pratiqué la gastrostomie.

Il s'agit d'un homme de 56 ans qui entre dans mon service, à l'hôpital Laënnec, le 27 mai 1884. La maladie qui l'amène dans nos salles a débuté en décembre 1883, et dès la fin de mars 1884 il lui fut impossible de manger de la viande. A la fin de mai, aucun aliment solide ne passa dans l'estomac.

Par le cathétérisme, je puis faire pénétrer jusque dans l'estomac une sonde cylindro-conique de Bouchard de 11 millimètres de diamètre. Le cathétérisme est continué avec patience jusqu'au mois d'octobre, mais sans que j'aie pu introduire une bougie plus volumineuse, tandis qu'au contraire plusieurs fois j'ai dû me servir de bougies plus petites ou renoncer à toute introduction.

Le 15 *novembre*, on constata un engorgement des ganglions sous-claviculaires droits, puis des douleurs dans le bras droit, le long du nerf cubital, par compression ou altération des nerfs.

En décembre survinrent de la toux et de l'enrouement par compression du nerf pneumogastrique droit.

L'amaigrissement augmentait. La marche de la maladie était régulière et fatale, et la gravité du pronostic tenait non seulement à la nature de la maladie, mais aussi à l'impossibilité où était le malade de se nourrir suffisamment.

Dans ces conditions, j'avais proposé au malade de lui faire une opération permettant d'introduire directement des aliments dans l'estomac. Ce n'était qu'une opération palliative, mais elle me paraissait néanmoins bien indiquée pour prolonger la vie.

L'opération ne fut acceptée que tardivement, à une époque cependant où l'état général paraissait encore assez résistant; elle fut exécutée le 28 février 1885, avec l'assistance de mon collègue M. Berger. L'opération n'a rien présenté de particulier; le premier organe découvert fut le foie, qui me permit de trouver de suite et sûrement le cardia, la petite courbure de l'estomac et le pylore. La face antérieure de l'estomac fut saisie et suturée à la paroi abdominale. L'estomac ne fut pas ouvert, je me réservais de faire l'opération en deux temps et de ne procéder au second que 48 heures après le premier.

Le malade prit le jour même de l'opération des lavements d'eau, de bouillon, de peptones, et lorsque je le revis le soir, son état général paraissait satisfaisant. Mais le lendemain matin, la température baissa rapidement, le pouls devint petit, le malade tomba dans une sorte de collapsus et mourut à midi, 26 heures après l'opération.

A l'autopsie, nous trouvâmes un cancer dur de l'œsophage à 8 centimètres au-dessus de son extrémité supérieure, formant un anneau de 3 centimètres, adhérent à la colonne vertébrale, à la trachée, à la plèvre, à la crosse de l'aorte.

Des ganglions dégénérés compriment le plexus brachial et le nerf pneumogastrique droit, ce qui explique les douleurs du membre supérieur, l'enrouement et la toux.

L'œsophage est dilaté au-dessus du rétrécissement et il présente au-dessous une lésion assez rare; près de son extrémité inférieure, au-dessus du cardia, existent des noyaux indurés dans l'épaisseur des parois, cancers secondaires développés dans le même organe que le cancer primitif et loin de lui, sans continuité avec lui.

Au niveau du champ opératoire, il n'y a aucune complication, ni péritonite, ni exsudation pathologique. Partout l'estomac est déjà adhérent à la paroi abdominale, quoique la mort fût survenue 26 heures après l'opération; ces adhérences auraient permis l'ouverture de l'estomac au bout de 24 heures, sans danger de voir son contenu pénétrer dans la cavité péritonéale. La suture de l'estomac se trouvait à 13 centimètres du pylore, près de la grande courbure.

J'ai pensé devoir publier ce fait, car si la gastrostomie, dans les cas de rétrécissement fibreux de l'œsophage, est une opération qu'il est du devoir du chirurgien de pratiquer, il n'en est pas de même de cette opération dans les cas de rétrécissement cancéreux. Elle est alors discutée, rejetée complètement par les uns, admise par d'autres comme utile et palliative.

Malgré l'insuccès que j'ai éprouvé, je considère toujours cette opération comme utile, parce que par elle on peut subvenir au défaut d'alimentation du malade, condition qui doit hâter sa mort.

Mais il reste à choisir le moment opportun auquel il convient de faire cette opération; on ne peut la proposer au malade quand il avale encore; mais quand le cathétérisme œsophagien est devenu impossible, que l'alimentation diminue, que le malade maigrit, je pense qu'alors il faut pratiquer l'opération, sans attendre que le malade soit trop épuisé.

Quant à l'opération en deux temps, elle convient surtout aux cas où l'état général est suffisamment conservé, condition difficile à interpréter, et, dans le cas contraire, mieux vaut faire l'opération en un temps et introduire quelques liquides dans l'estomac dès le premier jour. L'alimentation rectale employée seule pourra être insuffisante si l'on a trop tardé à opérer.

2° M. Chauvel présente un volumineux *polype du larynx* dont il a pratiqué l'extirpation.

Ce polype, irrégulièrement arrondi, multilobé, de consistance moyenne, offre près de 2 centimètres dans son grand axe et plus de 1 centimètre dans ses autres diamètres. Sa couleur est blanc grisâtre, sa surface mamelonnée; il s'insérait par un pédicule relativement étroit, 2 millimètres de diamètre environ, sur le bord libre et un peu sur la face supérieure de la corde vocale inférieure

droite. Le porteur de ce néoplasme, un soldat âgé de 22 ans, cultivateur, n'avait éprouvé que depuis cinq mois des troubles de la voix et de la respiration (voix rauque, voilée; accès de suffocation plus prononcés la nuit). Évacué de l'hôpital de Tours, je l'ai reçu dans mon service le 21 juin, au Val-de-Grâce, et j'ai pu constater de suite la présence de la tumeur. Mobile, elle était légèrement soulevée pendant l'expiration forte, puis retombait sur la glotte, cachant en grande partie les cordes vocales pendant l'expiration. Je ne l'ai jamais vue descendre dans la trachée.

Avec les pinces latérales de Fauvel, j'ai pu l'extraire en entier dès les premiers essais, le 26 juin dernier. La tumeur était d'un gris un peu rougeâtre à la surface, d'un rouge plus prononcé et qui se voit encore, malgré son séjour dans l'eau alcoolisée, autour du point d'implantation. Aucun accident n'a suivi l'opération, à peine un léger crachement de sang pendant les premières heures. Immédiatement la voix est devenue plus claire et la suffocation a cessé. L'examen laryngoscopique, pratiqué le lendemain 27 juin, fait constater un mamelon rougeâtre sur le bord libre de la corde vocale droite, à l'union de son tiers intérieur avec le tiers moyen. Le 29 juin, il n'y a plus qu'une saillie légère, lisse, roséc, et la voix est presque normale.

Il est probable que cette tumeur est un fibrome; je pourrais presque dire que le fait est certain. L'examen histologique nous renseignera sur ce point, et je vous en ferai connaître les résultats lorsque M. le professeur agrégé Vaillard, très compétent en la matière, aura pu le pratiquer.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
GILLETTE.

Séance du 8 juillet 1885.

Présidence de M. HORTELOUP, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine, parmi

lesquels le premier numéro d'un nouveau journal de Rio-de-Janeiro, intitulé : *Revista dos cursos praticos e theoricos da Faculdade de medicina de Rio de Janeiro;*

2° Une lettre de M. le professeur Verneuil, qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire de la Société;

3° M. Lucas-Championnière offre à la Société, de la part de M. Daniel Mollière, la thèse de M. le Dr L. Parisot : *De l'excision des rétrécissements calleux de l'urèthre suivie de réunion immédiate.*

Réclamation de priorité sur la réunion immédiate du périnée.

M. Lucas-Championnière. A propos de la communication que j'ai faite d'une réunion immédiate du périnée après une rupture traumatique de l'urèthre, M. Daniel Mollière m'adresse une réclamation de priorité concernant la réunion immédiate du périnée. Je présente en son nom la thèse de son interne, M. Parisot, intitulée : *De l'excision des rétrécissements calleux de l'urèthre suivie de réunion immédiate.* Cette thèse contient en effet des observations très intéressantes d'opérations, où de larges callosités uréthrales ont été enlevées; puis M. Mollière a tenté la réunion immédiate de l'urèthre et du périnée. Ce sont de belles opérations et des faits intéressants, mais sans rapport avec la réunion du périnée broyé dans les ruptures traumatiques de l'urèthre.

La preuve en est qu'à la page 15 et dans ses conclusions M. Parisot dit nettement que M. Mollière déconseille l'intervention immédiate après la rupture du périnée. Il faut attendre, dit-il, l'élimination nécessaire des parties broyées.

J'ai fait absolument le contraire, je suis intervenu le lendemain du traumatisme. J'ajouterai que si M. Mollière a cherché la réunion immédiate du périnée, même dans ces cas de rétrécissements calleux, il n'a obtenu qu'un résultat incomplet, car dans toutes ses observations j'ai vu qu'au moins une fistulette donnant de l'urine a persisté plusieurs semaines.

Dans mon observation, toute différente, du reste, la réunion était complète dès les premiers jours; la sonde était retirée le 11e jour, et le 17e jour le malade sortait de l'hôpital n'ayant plus de pansement.

M. le président annonce que M. Duboué (de Pau) assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Terrier communique une observation intitulée :

Douleurs ovariennes.— Crises d'hystérie.— Opération de Battey. Guérison.

Messieurs, dans la séance du 12 mars 1884, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société la relation d'une ovariotomie pratiquée chez une femme très nerveuse, et qui parut développer chez elle des accidents hystériques, ou plutôt les réveiller avec une certaine intensité.

Depuis cette opération, qui eut lieu le 19 février 1884, et qui consista dans l'ablation d'un kyste parovarien avec l'ovaire droit correspondant au côté du kyste, Mme P... vit ses règles reparaître normalement un mois après. Deux mois après, grande attaque d'hystérie, attribuée à un bain froid, accès qui d'ailleurs fut suivi de nouvelles attaques tous les mois, au moment de l'apparition des règles. Rarement il y eut des troubles nerveux entre les époques. De plus, Mme P... se plaint de souffrir très vivement dans la fosse iliaque droite, de *l'ovaire droit*, dit-elle, car elle est persuadée que c'est l'ovaire gauche qui a été enlevé avec son kyste. Ces douleurs sont extrêmement vives au moment des règles, et ce sont elles qui, d'après la malade, déterminent des attaques d'hystérie.

En présence de ces accidents, Mme P... réclama l'ablation de son second ovaire, et j'accédai à sa demande; elle entra donc une seconde fois dans mon service, le 15 décembre 1884.

On constate alors que le ventre est absolument plat, non distendu par des gaz, et qu'il offre sur la ligne médiane une cicatrice de 10 centimètres de long située entre l'ombilic et le pubis, sans éventration.

Par la palpation, on ne perçoit rien d'anormal dans les deux fosses iliaques; toutefois, *à droite*, il paraît exister une zone douloureuse, qui est le point d'origine d'irradiation de douleurs dans la jambe droite et dans le côté droit de l'abdomen. Du reste, il existe un peu d'anesthésie de ce côté, comme nous le verrons ultérieurement.

Le toucher vaginal permet de sentir un col volumineux, irrégulier, bosselé et légèrement dévié à gauche et en arrière. Le corps utérin est peu volumineux et mobile. Le cul-de-sac latéral *gauche* est seul douloureux.

Les urines examinées sont normales en quantité et en qualité.

L'état général n'est pas bon, la malade paraît toujours souffrir et est notablement amaigrie depuis quelque temps. Ses règles sont régulières, mais très douloureuses, et accompagnées de crises hystériques répétées.

L'ablation du deuxième ovaire fut pratiquée le 3 février 1885, avec l'aide de mes amis Périer, Championnière et Berger. Mon ami et collègue Richelot assistait à l'opération.

L'anesthésie fut un peu longue; toutefois, elle ne détermina pas de

grande attaque d'hystéric comme cela avait eu lieu lors de la première opération. Il n'y eut pas non plus de troubles asphyxiques.

Je pratiquai l'incision sur la ligne médiane, sous l'ombilic et sur l'ancienne cicatrice. Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané était abondant; j'arrivai à la ligne blanche, très résistante, et qui fut coupée peu à peu, pour éviter d'intéresser les parties sous-jacentes peut-être adhérentes. En effet, il existait des adhérences étendues entre la paroi abdominale et l'épiploon, adhérences qui durent être décollées peu à peu, pour arriver à sectionner le péritoine dans toute la longueur de la plaie sous-ombilicale. Cette incision fut agrandie en haut et en bas de façon à manœuvrer facilement dans le ventre.

La main introduite par la plaie et portée à droite ne trouva aucune bride ni aucune adhérence pouvant expliquer les douleurs accusées par la malade. En explorant à gauche, il fut facile de trouver l'ovaire de ce côté, ovaire volumineux et adhérent; on vit aussi la trompe très vascularisée.

Les adhérenees celluleuses ovariennes furent détruites avec les doigts, ce qui permit de libérer l'organe assez diffieile à atteindre.

Une aiguille mousse courbe fut passée à travers le ligament large entre l'ovaire et la trompe, et permit de placer deux fils.

L'une des anses, l'interne, comprend toute la partie correspondante de la trompe et le col interne du pédicule ovarien. L'autre anse entoure la partie externe du pédicule de l'ovaire. Ces deux fils sont d'ailleurs solidaires, en ce sens qu'ils sont croisés en X.

Les deux ligatures faites, on excise l'ovaire et on laisse la trompe vascularisée et liée.

Suture de la paroi abdominale avec six fils : trois profonds et trois superficiels.

L'opération faite avec toutes les précautions listériennes a duré 25 minutes.

Pendant l'opération, le pouls, qui battait 52 au début, est monté à 80 lors de la recherche de l'ovaire, et a atteint 100 quand on a lié le pédicule.

Le soir de l'opération : T. 38°,6, R. 30, P. 80.

4 *février*. Un peu d'agitation. Pas de crises hystériques.

Matin : 38°, R. 26, P. 87.

Soir : 39°, R. 29, P. 90.

5 *février*. Assez bon état général. Quelques vomissements.

Matin : 38°,4, R. 20, P. 82.

Soir : 38°,5, R. 26, P. 90.

6 *février*. Apparition d'un écoulement vaginal sanguin. L'état général est bon. Des gaz sont rendus par l'anus.

Matin : 38°,4, R. 25, P. 90.

Soir : 39°,2, R. 22, P. 82.

7 *février*. On enlève trois fils de la suture abdominale.

Matin : 38°,3, R. 21, P. 82.

Soir : 39°5, R. 27, P. 94.

8 *février*. Les règles cessent. La malade est reportée dans la salle

commune. Son état général est assez bon. Elle s'alimente un peu avec du lait.

Matin : 38°; soir : 39°.

9 *février*. On enlève les 3 derniers fils de la suture. Un petit abcès s'est formé au niveau du point inférieur.

Matin : 38°,2; soir : 39°.

10 *février*. La malade vomit et se plaint de douleurs abdominales à gauche.

Matin : 31°,8; soir : 39°.

11 *février*. Fièvre assez intense. 38°,2 le matin et 39°,4 le soir. Toujours de vives douleurs à gauche, vers la fosse iliaque, où l'on constate un peu d'empâtement et une vive sensibilité à la pression.

12 *février*. Quelques points de suture donnent du pus. Pansement.

Matin : 38°,2; soir : 39°,2.

13 *février*. Il y a un mieux sensible, les douleurs à la pression et l'empâtement de la fosse iliaque diminuent.

Matin : 38°; soir : 38°,6. Pansement.

14 *février*. L'amélioration continue. La température tombe à 37°,6.

17 *février*. On refait le pansement. La température remonte le soir à 38°,4, bien que l'état général soit parfait. Localement, encore de la douleur et de l'empâtement à gauche.

20 *février*. Excellent état local et général.

23 *février*. Un vomissement dans la journée. La malade se sent fatiguée et se plaint de fréquentes envies d'uriner.

1er *mars*. Cicatrisation parfaite. Les quelques points de suture qui ont suppuré sont guéris. La malade se lève et porte une ceinture *ad hoc*.

Mme P... quitte l'hôpital le 12 mars 1885, n'ayant plus eu d'attaque de nerfs depuis son opération et ne souffrant plus dans le ventre.

Mme P... rentra de nouveau dans le service, le 27 mai 1885, pour se faire opérer d'un ongle incarné, et elle y séjourna 21 jours, pendant lesquels nous avons pu nous rendre un compte exact de son état.

Ses règles sont revenues une fois depuis sa deuxième opération (le 20 avril 1885); du reste, la malade dit avoir très peu souffert, et cette fois à gauche. L'écoulement a duré 5 jours, et il a semblé normal à la malade, c'est-à-dire ressembler absolument à celui qui se faisait avant d'être opérée. Comme les douleurs étaient fort supportables, Mme P... n'a pas eu de crises nerveuses, ni pendant, ni avant, ni depuis ses règles.

Toutefois, dit-elle, elle se trouve aussi nerveuse qu'avant, peut-être plus, ajoute-t-elle.

Dans tous les cas, la castration n'a pas amené d'engraissement, et la malade est plus maigre peut-être qu'avant sa seconde opération.

Le seul fait indéniable, c'est qu'il n'y a plus de douleurs abdominales vives lors des règles, et que les crises d'hystérie ont cessé.

Est-ce à dire pour cela que les phénomènes hystériques qu'elle présentait avant cette deuxième opération aient disparu? Tel n'est pas

l'avis de notre parent le Dr Paul Magnin, qui l'a examinée avec soin avant et après cette opération.

Voici le résultat de cet examen comparatif :

Avant (**février 1885**).	**Après** (**24 mai 1885**).
Examen au dynamomètre.	*Examen au dynamomètre.*
Main droite................ 28 Main gauche............... 30	Main droite........... 26 à 27 Main gauche.......... 28 à 29
Sensibilité générale : piqûres, toucher, chatouillement, chaleur et froid un peu plus faible à droite.	Sensibilité générale : piqûre égale des deux côtés, chaleur et froid plus sensibles à gauche, surtout aux membres inférieurs.
Sens musculaire : un peu moindre du côté droit, moins de précision de ce côté dans les mouvements.	Sens musculaire : la différence est sensible seulement pour les membres inférieurs, et elle est moindre à droite.
Ouïe : oreille droite moins sensible ; le bruit paraît plus éloigné.	Même état.
Odorat : diminué légèrement à droite.	Même état.
Langue, pharynx : anesthésie légère sensorielle et tactile à droite.	Même état.
Appareil oculaire : conjonctive et cornée peu sensibles à droite ; les couleurs sont plus pâles de ce côté.	Même état.

En fait, l'opération de Battey, que j'ai pratiquée, a eu pour résultat immédiat la cessation des douleurs vives que la malade ressentait dans l'abdomen, non du côté de l'ovaire restant, mais du côté de l'ovaire enlevé.

De plus, la cessation de ces douleurs a entraîné la cessation des crises hystériques. Comme on l'a vu, les règles sont revenues une fois depuis l'opération, et elles se sont passées physiologiquement, sans accidents nerveux ni douleurs vives.

Comme il est probable qu'elles cesseront de fonctionner assez rapidement, ce sera encore une chance pour que les crises hystériques, dues aux douleurs d'origine menstruelle, ne se manifestent plus.

D'ailleurs, j'ai revu mon opérée hier (7 juillet) : elle n'a plus de douleurs abdominales et a un peu engraissé.

La cicatrice abdominale, un peu rouge, a 14 centimètres et est entièrement sous-ombilicale. Il n'y a pas d'éventration.

En terminant, je dirai que d'après la malade les rapports sexuels sont restés agréables, depuis comme avant l'opération. L'ablation des deux ovaires n'a rien changé à cet égard.

Discussion.

M. Trélat. J'ai des éloges à adresser à M. Terrier, car son observation est des plus intéressantes ; mais je crois cependant que, pour l'indication en question, si on laissait la porte trop largement ouverte, on irait plus loin qu'on ne désirerait, et il serait même dangereux que M. Terrier trouvât trop facilement des imitateurs, dans des cas où l'intervention ne serait pas justifiée, comme dans le cas présent.

Dans un fait analogue, tout bien pesé, j'ai été opposé à l'opération. Le nombre de femmes hystériques présentant des douleurs ovariques est fort considérable, et j'estime que les chirurgiens doivent se montrer extrêmement réservés dans la pratique de semblables opérations : j'en causais récemment avec M. Charcot, si compétent en pareille matière, et il se déclarait complètement opposé en principe à la castration ovarienne pratiquée dans le but de remédier à des accidents d'hystérie.

Il est de toute évidence que nous devons ici nous en référer à un diagnostic des plus exacts : c'est une question de diagnose très précise, très délicate, et il faut s'assurer, avant de tenter l'opération de Battey, de la région, du point ovarique, du siège minutieux de ces douleurs, de leur fréquence, du réveil de l'ovarie, de la façon dont il a lieu, etc., etc. ; en un mot, c'est une question très importante de pratique dans laquelle le chirurgien ne saurait montrer trop de réserve et de mesure.

M. Marchand. A l'heure actuelle et d'après la lecture de nombreux journaux étrangers, je crois pouvoir affirmer que les plus chauds partisans de l'opération de Battey, aussi bien en France qu'à l'étranger, ont renoncé à l'utiliser pour combattre les accidents généraux de l'hystérie. C'est là, je crois, une réserve prudente, et pour ma part j'ai cru tout récemment devoir refuser l'opération à une malade qui présentait des symptômes analogues à ceux présentés par la malade de M. Terrier. Ma conclusion est qu'on ne doit pas enlever les ovaires pour de sembables douleurs.

M. Pozzi. Il y a là, comme le dit M. Trélat, un problème très difficile et très délicat à trancher, fondé au point de vue de l'intervention active sur la dégénérescence sclérotique de l'ovaire chez certaines hystériques, d'origine réflexe. J'ai produit ici un cas de femme guérie de crises hystériques par l'ablation d'un kyste ovarien, mais je suis loin d'être partisan de la castration ovarienne pour les douleurs de cet organe. Les indications et les contre-indications de l'opération sont évidemment basées sur l'état local.

Toute la question se résume donc à celle-ci : l'ovaire présente-t-il ou ne présente-t-il pas de phénomènes qui permettent de croire que c'est à lui qu'il faut attribuer les accidents nerveux ? La solution de cette question dépend beaucoup de la sagacité et de l'honnêteté du chirurgien.

M. Terrier. Je n'ai pas ici à juger les hystériques qu'on opère, ni les chirurgiens qui les opèrent. Je me suis enquis avec le plus grand soin des symptômes locaux présentés par ma malade, et c'est justement parce que ces symptômes locaux existaient chez elle avec la plus grande netteté que j'ai opéré. Je me suis conduit, en cette circonstance, comme le dentiste qui se trouve en présence d'une dent cariée qui provoque des attaques de nerfs. Il enlève la dent afin de faire cesser ces crises de nerfs.

A l'heure présente, comme l'a constaté également M. Magnin, ma malade reste hystérique comme par le passé, et je n'ai nullement eu la prétention de la guérir de cette maladie; seulement, comme je supposais que son ovaire était la cause unique jusqu'alors des crises douloureuses, j'ai pensé qu'en l'enlevant je supprimerais ces manifestations. Bien m'en a pris, puisque précisément ces crises ont disparu.

M. Marchand a fait d'immenses lectures de journaux étrangers et il conclut à la non-opportunité de l'opération de Battey. Cela m'est égal : je cherche l'indication, voilà tout, et cela me suffit. Que M. Marchand ne veuille pas opérer, c'est son opinion, je ne vais pas à l'encontre. J'ai apporté une observation où, avec toutes les réserves formulées par M. Trélat, et que j'accepte, j'ai trouvé l'indication précise de l'intervention : je suis intervenu, et je crois avoir bien fait.

M. Marchand. Après les opérations de ce genre, des rémissions se sont produites, puis les douleurs plus tard sont revenues. Je crois, contrairement à ce qu'a avancé M. Terrier, que c'est parmi les chirurgiens étrangers, qui en ont fait beaucoup, qu'on peut juger des résultats définitifs.

M. Trélat. Je ne blâme pas M. Terrier, mais je dis qu'il ne faut adopter qu'avec beaucoup de réserve la conduite qu'il a tenue en cette circonstance.

C'est une chose délicate que d'enlever un organe sain, uniquement parce qu'il est douloureux ; aussi ne doit-on pas s'y décider trop facilement. En agissant autrement, on pourrait glisser sur une pente fatale et se laisser entraîner trop loin. On se souvient encore des ablations de clitoris qu'un chirurgien anglais, mort actuellement, avait conseillées comme méthode classique contre

les accidents douloureux dont il est question ici ; il ne faudrait pas revenir à ces exagérations.

M. Terrier. J'approuve sans réserve les considérations générales dans lesquelles est entré M. Trélat, mais je dis qu'elles ne sont nullement applicables au cas particulier.

L'abus de l'oophorectomie serait regrettable, c'est incontestable; mais celle que j'ai faite était parfaitement indiquée, justement en raison des symptômes locaux présentés par la malade. C'est pour cela que je l'ai tentée, et je m'en réjouis puisque j'ai guéri la malade.

Il ne faut jamais s'appuyer d'une façon absolue sur les statistiques : il en existe pour les cataractes de 105 succès pour 100 ; il faut s'appuyer sur les cas que l'on a sous les yeux, et nous ne devons pas dire : je n'opérerai pas une malade parce que la statistique ne donne pas de bons résultats.

A propos du procès-verbal.

IODOFORME INODORE.

M. Gillette prie ses collègues de mettre sous leur organe olfactif le flacon d'iodoforme inodore dont il a parlé dans la dernière séance et dont il leur présente un échantillon ; il donne en même temps la formule exacte de cette poudre, qui, bien qu'elle soit restée pendant plus de deux ans dans le flacon, ne leur semble pas avoir perdu ses propriétés.

La formule de l'iodoforme noir inodore de M. Gillette est la suivante :

Iodoforme...........................	30
Poudre de charbon..................	60
Sulfate de quinine	10
Essence de menthe	1

M. Lucas-Championnière. Lorsque j'ai produit ici mes communications sur le pansement antiseptique, j'ai dit qu'on pourrait, à un moment donné, changer la forme que lui avait donnée Lister, mais que la formule serait la même. Lister lui-même a donné la liste, la série de substances antiseptiques autres que l'acide phénique. Il y a, dans tout ceci, une doctrine et non un seul pansement à envisager; mais au moment où tout le monde modifie, comme on le croit préférable, il ne faut pas s'écarter du type primitif : les indications primitives appartiennent à Lister, mais les modifications de l'avenir, qui pourront être nombreuses, doivent se renfermer dans la doctrine générale connue et exposée.

M. Trélat est d'accord avec M. Lucas-Championnière qu'il y a dans tous ces modes de pansements une doctrine et non pas une simple formule.

M. Marc Sée. Je maintiens que j'ai exposé un ensemble de faits, un procédé mixte constituant un pansement qui est ma propriété exclusive.

Je n'ai pas inventé certes la cellulose, la lignose, etc., mais la manière dont je constitue le pansement ainsi que les résultats sont de moi et à moi. M. Lucas-Championnière a dit que la charpie ou ouate de bois nous venait d'Allemagne ; il aurait pu ajouter qu'on l'employait aussi en France. De plus, je ne trouve pas heureuses les modifications qu'à cet égard notre collègue a introduites dans son mode de pansement.

M. Lucas-Championnière. Toute cette manière de faire nous vient d'Allemagne. Ce qui appartient en propre à M. Sée est simplement le sous-nitrate de bismuth, et, par conséquent, je maintiens ce que j'ai avancé. Il ne faut pas dire : mon pansement, il faut dire le pansement antiseptique en général modifié de diverses manières.

M. Sée. Lister n'a pas inventé cependant l'acide phénique ; il l'a préconisé, et on dit le pansement de Lister.

Communication et présentation de malade.

M. Gillette fait une communication orale sur le traitement du varicocèle, et présente un malade traité et guéri par le procédé de M. Horteloup.

Il y a quinze jours, messieurs, M. Trélat déposait sur le bureau de la Société, l'article Varicocèle du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* rédigé par M. le Dr Segond. Dans cet excellent article, l'auteur y fait une longue part à la description du procédé adopté par notre vice-président, M. Horteloup, c'est-à-dire à la cure radicale par la *résection partielle du scrotum avec ligature du faisceau veineux postérieur :* c'est sur ce procédé que je désire vous dire quelques mots et vous présenter un malade guéri complètement par son emploi.

Au point de vue de l'intervention active dans la thérapeutique du varicocèle, les chirurgiens français sont peu partagés : presque tous sont d'avis de ne pas opérer. M. Trélat est presque for-

mellement opposé à toute opération : il n'a jamais eu l'occasion de la tenter.

M. Le Fort expose la même formule dans le *Traité de médecine opératoire* de Malgaigne. Mon maître, M. Gosselin, est aussi du même avis. Le repos, un suspensoir bien approprié, l'abstention de fatigues, l'usage de l'hydrothérapie, tel est l'ensemble du traitement palliatif que conseillent la plupart des chirurgiens, rejetant d'une façon à peu près absolue tout traitement curatif.

Cependant M. Gosselin fait en clinique au point de vue de la possibilité d'une intervention une distinction, à notre avis, très importante, celle des *gens aisés* et des *ouvriers :* et encore pour la première de ces deux catégories, il y aurait à envisager les cas qui entraînent la réforme, dans la carrière militaire, et ceux qui peuvent entraîner (et cela s'est vu) des troubles du côté de l'état mental. Pour les ouvriers, il en est autrement : chez les menuisiers, les boulangers qui sont obligés de se tenir constamment debout et de faire des efforts incessants dans leurs pénibles travaux, un varicocèle volumineux, déterminant des douleurs ou même seulement une gêne assez considérable, peut fournir l'occasion d'intervenir, au point de vue radical, je ne dis pas souvent, mais dans un certain nombre de circonstances.

Quel procédé choisir ?

Je n'ai opéré qu'un malade, un boulanger, par la méthode de M. Ricord (ligature graduelle sous-cutanée des veines du cordon), il a guéri, mais cependant après avoir présenté une phlébite inquiétante du plexus spermatique et un état qui n'a pas laissé d'être grave, il y a cela six ou sept ans.

Depuis que mon ami le Dr Horteloup a bien voulu gravir les hauteurs de Ménilmontant pour opérer dans mon service de Tenon un varicocèle, après l'avoir vu appliquer son procédé sur mon malade, après avoir constaté le résultat que je vais vous présenter à l'instant, je déclare que je préfère de beaucoup sa manière de faire à toutes les autres, et c'est ce procédé que j'appliquerai dorénavant, quand il y aura une indication nettement formulée.

Je préfère ce procédé même à celui de notre collègue M. Nicaise, qui consiste à pratiquer la ligature des veines à ciel ouvert avec la méthode antiseptique, parce qu'il a le double avantage de s'adresser non seulement à la *ligature des veines variqueuses,* mais encore au *scrotum* dont on pratique une *résection bilatérale partielle.* Cette résection scrotale n'est pas conduite comme l'avaient imaginé. Celse ou Ast Cooper qui ne s'occupaient pas du département veineux, elle est aussi un peu différente de la manière de procéder de M. Guyon et de Henri (de New-York), dont la méthode est celle qui se rapproche le plus de celle de M. Horteloup, et a été exposée

avec tous les détails désirables dans la thèse récente de M. E. Wickam[1]; c'est elle qui, à mon avis, contribue beaucoup plus que les ligatures veineuses à la guérison radicale du varicocèle. M. Horteloup l'a appliquée dix-huit fois ; le malade qu'il a opéré dans mon service est le dix-neuvième, et les dix-neuf cas ont été suivis de succès complet.

Voici quelques mots relatifs au jeune homme que je vous présente. Il est menuisier et a 28 ans : son varicocèle, à gauche comme presque toujours, était de date récente, s'est développé rapidement et a déterminé chez lui, surtout après une période d'exercices de vingt-huit jours, une gêne telle qu'il ne pouvait plus travailler, même en se servant de son suspensoir : le testicule, de ce côté, avait son volume normal, et nous n'avons relevé ni varices du membre inférieur, ni hémorrhoïdes.

Opération. — Je ne m'y arrêterai pas longtemps, elle a été décrite complètement tant dans la communication que M. Horteloup a faite récemment à l'Académie de médecine, que dans l'article de M. Segond et la thèse de M. Wickam. Notre collègue ne s'adresse qu'au *groupe veineux postérieur,* tandis que MM. Guyon, Henri (de New-York) ne lient que le groupe veineux antérieur. Cette opinion est tout à fait contraire à ce qu'a observé et mentionné dans sa thèse M. Péricr, qui affirmait que le plexus antérieur était celui qui était le plus prononcé.

Voici les divers temps de l'opération :

1° M. Horteloup, isolant le testicule et le cordon, attire en avant cette masse veineuse postérieure et la comprend avec une portion assez considérable du scrotum dans le *clamp spécial* qu'il a imaginé à cet effet et qui a la forme d'un *compas* coudé sur le trajet de chacune des branches pour s'adapter à la configuration scrotale ; le clamp est maintenu fixe et serré par des vis. Cette quantité de peau, destinée à être réséquée, est importante à préciser, car c'est d'elle que dépend le succès du résultat : elle varie selon le sujet. Chez le malade que je vous présente, elle avait 8 centimètres de longueur sur 3 centimètres au moins de largeur ;

2° Suture profonde avec des fils d'argent et les tubes de Galli ;

3° Deux sutures au-dessus, avec des épingles et le catgut ;

4° On retire le clamp après avoir réséqué la portion scrotale comprise entre les mors du clamp ;

5° Sutures superficielles avec les serres fines. Pansement avec l'ouate hydrophyle phéniquée.

Sauf un peu de pleurodynie que mon malade a présentée et qui

[1] Edmond Wickam, De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum (*Thèse inaug.* avec sept figures dans le texte. Paris, 1885).

a été assez persistante, il n'y a eu chez lui aucun accident sérieux, et le résultat opératoire est, comme vous pouvez vous en assurer, aussi complet que possible. Le suspensoir naturel est parfait et il existe, par le fait de la cicatrisation médiane due à la perte d'une partie du scrotum, un *raphé median* rappelant celui qui existe normalement. Je vous ferai remarquer l'heureuse diminution du groupe veineux antérieur variqueux qui, pour moi, est très appréciable et dont, je l'avoue, mon ami M. Horteloup n'a pas pu fournir l'explication physiologique.

Je terminerai par ce seul mot, c'est que je ne serais pas éloigné de croire que, traité par ce procédé fort commode et très ingénieux, le varicocèle n'offre vraiment pas plus de gravité que le phimosis.

Discussion et presentation de moule.

M. Horteloup présente le moule d'un malade atteint de varicocèle volumineux, opéré par lui par son procédé.

M. Horteloup. Je remercie mon excellent ami, M. le Dr Gillette, d'avoir bien voulu montrer à la Société de chirurgie, un malade opéré de varicocèle par le procédé que j'ai préconisé. Comme vous le savez, ce procédé de résection du scrotum n'est pas nouveau, car il a été conseillé depuis longtemps et particulièrement par A. Cooper, mais je crois qu'il y a quelque chose de tout nouveau dans ma manière de faire, c'est la résection des veines funiculaires, des veines du faisceau postérieur.

Je désire mettre sous les yeux de la Société de chirurgie, le moulage d'un malade atteint de varicocèle excessivement volumineux. Avant et après l'opération, la longueur du varicocèle était considérable, puisqu'il avait 21 centimètres de long et, lorsque ce malade mettait son suspensoir, il roulait son scrotum pour pouvoir le placer. Cet homme, entré dans mon service, pour un chancre syphilitique du prépuce, se décida à se faire opérer, lorsque son chancre fut guéri, parce qu'il fut très satisfait des résultats constatés sur d'autres opérés. Le testicule de cet homme était presque atrophié lorsque je l'opérai, je ne puis en donner une meilleure preuve qu'en disant que j'étais sur le point de le comprendre dans la portion que je devais réséquer du scrotum et que je le reconnus en apercevant par transparence un petit point opaque.

Quoique sur un syphilitique, la cicatrisation fut rapide ; ce moulage a été fait huit jours après la cicatrisation, aussi la cicatrice est-elle encore un peu apparente, mais j'ai revu le malade plusieurs

fois depuis l'opération qui remonte aujourd'hui à plus de deux ans et demi; j'ai pu constater que la cicatrice est invisible, et que le testicule a repris du volume.

M. Reclus. Le dernier fait dont vient de nous parler M. Horteloup, s'il se vérifiait par la suite, serait de la plus grande importance.

Il y aurait le plus grand intérêt à savoir que le testicule plus ou moins atrophié des personnes qui portent un varicocèle peut reprendre son aspect normal et probablement ses fonctions après l'opération.

M. Nicaise. Je demanderai à M. Horteloup quelles sont les raisons pour lesquelles il s'adresse ainsi au faisceau des veines postérieures du cordon, sans toucher aux veines antérieures.

L'on sait, en effet, que la plupart des auteurs qui ont écrit sur la question, M. Périer en particulier, localisent les dilatations veineuses du varicocèle, surtout dans le groupe antérieur, qui va se rendre dans le plexus pampiniforme.

Dans ces conditions, il semble que la guérison ne pourrait guère s'expliquer que si l'on agissait sur ces veines antérieures, et c'est sur elles que je serais plus disposé à faire l'opération.

M. Horteloup. Je n'ai jamais dit que le varicocèle fût plus fréquent sur les veines postérieures que sur les veines antérieures ou spermatiques; j'ai seulement fait remarquer que ces veines postérieures sont beaucoup plus souvent atteintes que ne semblent l'indiquer les auteurs, et même j'ai trouvé, sur cinq malades, le varicocèle occupant exclusivement le faisceau postérieur.

Quant aux raisons qui m'ont décidé à intervenir, je dirai que mon premier malade a été opéré parce qu'il avait des douleurs si vives qu'il ne pouvait plus continuer son métier de machiniste de théâtre. Mais tous mes opérés ne présentèrent pas ce symptôme, car il faut reconnaître que, sans être le siège de douleurs très vives, le varicocèle est une gêne et une préoccupation. J'ai opéré un brillant officier d'infanterie simplement parce qu'il ne voulait pas se marier avec un suspensoir; malgré mes observations, il exigea l'opération, et, depuis deux ans que je lui ai pratiqué la résection du scrotum, il ne s'est jamais mieux porté.

Quant au développement du varicocèle, il est très variable; ainsi j'ai examiné, il y a peu de jours, un jeune Russe dont le varicocèle n'existe que sur une étendue de 4 centimètres des veines spermatiques, au-dessous de l'anneau inguinal. Les veines postérieures et les veines antérieures qui sont en rapport avec le testicule sont intactes, mais, malgré un excellent suspensoir, ce jeune homme

se plaint de pesanteur, et lui, qui était un excellent marcheur, peut à peine se livrer à la marche. De plus, son moral s'en ressent; il a peur du moindre exercice, il se croit infirme, et, malgré l'assurance qu'on lui a donné qu'à cinquante ans son varicocèle n'augmenterait plus et pourrait peut-être diminuer, je crois bien qu'il demandera à être opéré.

M. Poulet demande si M. Horteloup opère le varicocèle à la période que les militaires désignent sous la dénomination de *période de la blague à tabac.*

M. Horteloup. J'opère quand il y a indication et je ne peux faire de distinction à l'égard des diverses périodes du varicocèle. J'ai vu tout récemment un monsieur russe portant un varicocèle assez volumineux siégeant au-dessus de l'orifice inguinal, sans que le testicule soit cependant englobé, cette personne ne peut plus marcher sans éprouver de douleurs, et très probablement je lui pratiquerai mon opération.

Présentation d'instrument.

M. Pozzi présente au nom de M. Werber, fabricant d'instruments de chirurgie, un *injecteur-aspirateur*. Cet appareil a ceci de particulier qu'il ne possède pas de soupape. L'aspiration est obtenue par la pression d'une série de roues sur un tube de caoutchouc. On conçoit le parti qu'on peut en tirer pour la transfusion du sang de bras à bras, par exemple. M. Pozzi ajoute qu'un instrument analogue a été construit vers 1870 par M. Noël; mais celui de M. Werber, s'il n'a pas entièrement le mérite de la nouveauté, a celui d'une exécution plus parfaite.

Présentation de pièce pathologique.

M. Poulet présente un exemple rare de *luxation compliquée de fracture de la phalangine du deuxième orteil sur la phalange.*

Les exemples de luxations des petites articulations des orteils sont encore fort rares; à peine pourrait-on en réunir quatre exemples publiés par Broca[1], Budin[2], Hamilton[3]. On a dit que cette

[1] Malgaigne, *Traité des fractures et luxations.*

[2] *Progrès médical,* 1873, p. 171.

[3] Hamilton, *Traité des luxations et fractures,* trad. Parisot.

rareté n'était qu'apparente, les chirurgiens ne jugeant pas utile de faire connaître semblables accidents. Je désire vous présenter l'observation d'un malade atteint de luxation compliquée de la phalangine du second orteil sur la phalange.

OBSERVATION.

Luxation de la phalangine du second orteil. — Fracture de la moitié externe de la partie phalangienne. — Irréductibilité; position vicieuse. — Amputation de l'orteil. — Guérison.

Martin (Léon), ex-soldat à la légion de la garde républicaine, a été réformé pour bronchite tuberculeuse. Le 17 janvier 1885, alors que cet homme était à Amélie-les-Bains, il glissa dans une piscine où il se baignait et les orteils du pied gauche vinrent heurter violemment contre une barre de fer; dans ce mouvement, le second orteil fut porté dans une extension exagérée et la phalangine se luxa sur la phalange. Martin ressentit une vive douleur au pied et constata que cet orteil restait relevé à angle droit et dans l'extension. En outre, il existait une plaie à la face plantaire de l'orteil. Les tentatives de réduction qui furent faites peu après échouèrent et il devint impossible de maintenir l'orteil dans sa position normale ; le doigt fut pansé et immobilisé sur une petite palette. Au bout de quinze jours la plaie était cicatrisée, mais la déviation et la déformation de l'orteil persistaient.

Au mois de mai 1883 je fus appelé par mon collègue Vaillard pour voir ce malade qui ne pouvait marcher, car les chaussures étaient insupportables. L'examen montra les lésions suivantes : Le second orteil du pied gauche est relevé à 45°; vient-on à l'abaisser, il reprend sa position normale sans difficulté, mais, dès qu'on l'abandonne à luimême, il se redresse; les deux dernières phalanges sont encore plus inclinées que la première; en outre, l'orteil est d'un centimètre plus court que celui du côté opposé. En palpant l'orteil d'avant en arrière, le doigt perçoit une saillie anormale formée par la cavité glénoïde de la phalangine, et, en arrière, une dépression. Au contraire, à la face plantaire, la tête de la phalange fait saillie et adhère à la cicatrice qui existe à ce niveau. La moindre pression à ce niveau détermine une vive douleur. Ajoutons enfin qu'il n'y a pas de mouvements de latéralité et que le diamètre vertical de l'orteil est augmenté.

Il ne pouvait être question de réduction plus de quatre mois après l'accident, et en raison des adhérences cicatricielles de la tête de la phalange. La ténotomie du tendon de l'extenseur semblait rationnelle pour corriger la déviation de l'orteil; malheureusement, dès que la saillie formée par la tête de la phalange appuyait sur le sol, le malade éprouvait des douleurs qui rendaient la marche impossible. Je me rendis au désir du malade et désarticulai l'orteil par le procédé en raquette, et appliquai un pansement antiseptique ouaté. Les suites de l'opération furent simples, et le dixième jour la guérison était complète.

La dissection de la pièce montre que la phalangine est luxée en haut et en dedans ; mais en même temps il y a eu fracture verticale de la poulie formée par la tête de la phalange. Cette portion de la phalange, entraînée par la phalangine, s'est soudée à la diaphyse en formant par sa face fracturée une véritable surface articulaire nouvelle qui permet quelques mouvements très limités. Les tendons fléchisseurs avaient été déviés en dedans.

Il n'y a, à ma connaissance, aucun exemple de luxation compliquée semblable à celle que je vous présente.

Présentation de pièce.

M. Monod présente un rein qu'il a enlevé, il y a quelques jours, par la voie lombaire.

Il attire l'attention sur la lésion pour laquelle il a pratiqué cette opération. L'extrémité inférieure du rein porte une ouverture ulcéreuse grosse comme un pois, à travers laquelle une sonde pénètre facilement dans le bassinet dilaté. Cette lésion, qui correspond probablement à l'ouverture spontanée d'un kyste du rein, a été l'origine des désordres qui ont motivé l'intervention chirurgicale. Le liquide urinaire s'échappant par cette voie s'était répandu à l'entour et avait déterminé un vaste phlegmon abdominal qui a été ouvert il y a quelques mois. L'ouverture de ce phlegmon était restée fistuleuse et donnait passage à la fois à du pus et à un liquide fortement chargé d'urée provenant évidemment du rein.

L'intégrité absolue de la capsule graisseuse du rein a rendu l'opération relativement facile.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

Gillette.

Séance du 15 juillet 1885.

Présidence de M. HORTELOUP, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le n° 6 du tome XI de nos *Bulletins* et *Mémoires;*

3° *Apontamentos de clinica-cirurgica*, par le Dr DOMINGOS DE JOES Y VASCONCELLOS, de Rio-de-Janeiro ;

4° Deux exemplaires de la thèse de M. le Dr Edmond WICKAM : *De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum* (concours du prix Duval) ;

5° Une lettre de M. le Dr de FORNEL, demandant que la Société veuille bien indiquer quel grade, dans les hôpitaux de l'armée ou de la marine, elle considère comme *analogue* à l'internat des hôpitaux civils, ce grade étant nécessaire aux médecins de l'armée et de la marine pour concourir au prix Duval, d'après les statuts (commission : MM. Richelot, Monod, Chauvel, rapporteur) ;

6° M. SCHWARTZ fait hommage à la Société de l'article VEINES, *Pathologie chirurgicale*, extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Rapport.

M. MONOD lit un rapport sur deux observations envoyées par M. Maréchal et M. Pousson au sujet de calculs enchatonnés de la vessie.

Des calculs enchatonnés de la vessie.

I

M. le Dr Maréchal vous lisait il y a quelques semaines une inté-

ressante observation de calcul enchatonné de la vessie. Il vous disait les difficultés de diagnostic qu'il avait rencontrées chez le malade dont il vous racontait l'histoire, et les difficultés du traitement. Celles-ci furent telles que par deux fois il pratiqua sans résultat la taille périnéale, ce ne fut qu'à une troisième tentative opératoire, et en ouvrant la vessie au-dessus du pubis, qu'il parvint à découvrir et à amener la pierre au dehors.

J'ai été chargé, au nom d'une commission composée de MM. Delens, Bouilly et Monod, rapporteur, d'analyser cette observation et de la faire suivre de quelques remarques.

Il m'a paru que la question de l'enchatonnement des calculs, soulevée par le fait de M. Maréchal, avait une réelle importance et méritait d'arrêter un instant votre attention.

J'ai déjà eu occasion de vous dire que je m'étais moi-même, dans un des cas de taille hypogastrique, dont je vous ai précédemment entretenu, trouvé en présence d'un véritable *encapsulement* de la pierre. J'avais, comme le D[r] Maréchal, conservé de ce fait l'impression que, seule, la taille hypogastrique permettait de triompher des obstacles très réels qu'une pareille disposition oppose à l'extraction de la pierre.

A ces deux faits, je puis en joindre un troisième qui nous a été tout récemment communiqué par M. le D[r] Pousson.

Dans ce cas, observé dans le service de M. le professeur Guyon, on eut, comme dans les précédents, à se féliciter d'avoir suivi la voie sus-pubienno.

M. Pousson s'est livré à ce sujet à des recherches intéressantes, qui l'ont conduit à formuler certaines conclusions pratiques que je vous ferai connaître.

II

Je résume tout d'abord les deux observations de M. Maréchal et de M. Pousson.

1° Le malade de M. Maréchal est un homme de 54 ans, atteint d'une hypertrophie prostatique qui depuis deux ans entraînait des mictions de plus en plus fréquentes. *Le* 23 *avril* 1883, il est pris d'une rétention d'urine qui nécessita des cathétérismes fréquents. Ceux-ci étaient difficiles et ne pouvaient être faits qu'à l'aide d'une sonde métallique munie d'une bougie filiforme conductrice. Par malheur, cette bougie se rompit un jour (2 *mai*) au niveau de son armature et demeura dans la vessie. Il fut impossible de la retrouver et de la saisir par les voies naturelles, et sept jours plus tard (9 *mai*), M. Maréchal se décidait, pour l'extraire, à pratiquer la taille périnéale. Les recherches par cette voie ne furent pas plus

fructueuses. Le doigt, les instruments de toute forme et de tout calibre, les manœuvres les plus variées, tout fut inutile. Ni M. Maréchal ni les chirurgiens qui l'assistaient ne parvinrent, après l'examen le plus minutieux, à découvrir trace de la bougie égarée. On en fut réduit à se demander si vraiment elle était dans la vessie. Cependant, dès cette première opération, on fut frappé du volume considérable de la prostate et de l'épaisseur du plancher périnéal, double circonstance qui devait gêner les explorations.

Le 22 mai, treize jours après l'opération, la plaie était complètement fermée.

Mais vingt jours plus tard, cinq semaines après l'accident primitif (*le 11 juin*), le malade rendait de petites concrétions pierreuses à surface concave, évidemment moulées sur la bougie perdue. En même temps, les signes fonctionnels de la pierre se montraient. Enfin, un explorateur introduit dans la vessie prit contact avec le calcul.

M. Maréchal ne crut pas devoir faire une tentative de lithotritie. Il préféra avoir, une fois encore, recours à la taille (*4 juillet*). Il pénétra cette fois encore dans la vessie par le périnée. Mais, pas plus que la première fois, il ne parvint, après de nombreuses et longues tentatives, à découvrir l'objet cherché. Il attribue cet échec soit à la grande épaisseur du périnée, qui permettait à peine au doigt de pénétrer dans la cavité vésicale, soit à la contraction spasmodique de la vessie, mettant obstacle à la libre manœuvre des instruments préhenseurs.

Le malade se remit assez bien de cette seconde opération et pendant toute l'année qui suivit refusa de se soumettre à une nouvelle intervention chirurgicale. Les mictions, cependant, étaient restées douloureuses, et ce n'était qu'à l'aide de lavages répétés de la vessie qu'il maintenait les urines dans un état relativement satisfaisant.

Vers la fin d'août 1884, plus d'un an après sa dernière opération, les crises de douleur étant devenues plus fréquentes et plus pénibles, ce malheureux se résigna à subir une nouvelle tentative opératoire.

Cette fois ce fut à la taille hypogastrique que l'on s'adressa.

L'opération fut pratiquée suivant le procédé actuellement en usage et qui a été si souvent exposé devant la Société de chirurgie par M. Périer, par M. Guyon et par moi-même.

La vessie ouverte, on put immédiatement s'expliquer les insuccès précédemment éprouvés. Le calcul, moulé sur la prostate et faisant corps avec elle, était immobilisé au fond de la vessie; il était solidement fixé en place soit par son union intime à la glande, soit par des adhérences à la muqueuse vésicale, étroitement appli-

quée sur la surface convexe, inégale et rugueuse, de la pierre. M. Maréchal décrit comme suit les manœuvres auxquelles il dut se livrer pour amener cette masse au dehors.

A sa surface émergeait, sous forme dense, la bougie perdue, « me servant, dit-il, de ce lien resté solide, d'une part, et, de l'autre, essayant d'ébranler le calcul tantôt par des pressions latérales, tantôt par des poussées verticales exécutées à travers le rectum, je finis, non sans beaucoup d'efforts, par le rompre en travers, et pus ainsi extraire une masse pyramidale dont la face supérieure convexe, très rugueuse, était intimement pénétrée par la muqueuse vésicale ; sa face inférieure et prostatique était concave, lisse et dense. Restait encore, tenant par la bougie à la première masse, une sorte de croissant pierreux, enchâssant plus profondément et antérieurement la prostate, qui ne s'ébranla qu'après un véritable arrachement en se séparant avec bruit du sillon antérieur du trigone.

« Cette partie, plus dense que la première, équivalait au quart de la masse totale et englobait l'extrémité tortillée de la bougie.

« L'ensemble pesait 58 grammes et mesurait : diamètre antéro-postérieur, 55 millimètres ; diamètre transverse, 47 millimètres ; vertical, 38 millimètres. »

Les suites de l'opération furent des plus heureuses. Un mois plus tard le malade était complètement guéri.

Il s'agit en somme, dans ce cas, d'un calcul fixé dans le bas fond vésical, derrière et en dessous d'une prostate considérablement augmentée de volume. L'hypertrophie de la glande relevant l'embouchure uréthrale bien au-dessus du plan du trigone, on s'explique que les instruments lithotriteurs passassent au-dessus de la pierre sans qu'il fût possible de la saisir. Il faut admettre aussi que dans les deux tailles périnéales antérieurement pratiquées, la section de la prostate fut faite sur un plan antérieur à la pierre ; celle-ci, confondue avec la prostate, avec laquelle elle faisait corps, recouverte en partie par la muqueuse vésicale, qui masquait les rugosités, échappait même aux recherches faites avec le doigt. Il faut ajouter que le plancher périnéal était très épais et que l'exploration de la vessie en était rendue difficile. La taille hypogastrique, qui donne un si libre accès dans la vessie, permit de se rendre compte de cette disposition.

2° L'observation de M. Pousson, recueillie dans le service de M. le professeur Guyon, se rapproche de la précédente par le siège et par la forme du calcul ainsi que par son emprisonnement étroit dans une véritable loge vésicale.

Je résume les principaux traits.

Il s'agit d'un homme de 63 ans à qui l'on avait déjà, quinze mois auparavant, extrait une pierre de la vessie par la voie sus-pubienne. Déjà, lors de cette première opération, on avait remarqué que le calcul, volumineux, était logé à l'entrée de la vessie et restait fixé en ce point. Le cathéter, parvenu au col, buttait contre la pierre et avait la plus grande peine à la contourner, de plus, il était facilement accessible par le toucher rectal; il paraissait immobilisé entre les deux branches du pubis.

Lorsque la vessie fut ouverte, on reconnut qu'en effet le calcul formait une masse volumineuse enclavée dans le col et absolument immobile. On voulut essayer de le dégager avec des tenettes, mais il se brisa sous l'effort et ne put être extrait que par fragments. Ceux-ci étaient comme imprégnés par les fongosités du col, qui demeuraient attachés à leur surface.

La guérison fut prompte et le soulagement complet, mais de peu de durée. Un peu plus d'un an après cette opération, le malade rentrait dans le service de M. Guyon avec des phénonomènes d'irritation vésicale qui dataient déjà de loin.

L'exploration donne les mêmes résultats que la première fois; par le cathétérisme, corps dur, demeurant immobile au niveau du col, qu'il faut contourner pour pénétrer dans la vessie; par le toucher rectal, immédiatement en arrière de la prostate et se continuant pour ainsi dire avec elle, masse globuleuse, très dure, proéminant fortement du côté de l'intestin et absolument immobile.

Une nouvelle opération est évidemment nécessaire. Pour se conformer au désir formellement exprimé par le malade, M. Guyon fait d'abord une tentative de lithotritie. Il ne parvint qu'avec beaucoup de peine à faire pénétrer son instrument, en passant par-dessus l'obstacle qui occupe le col; ainsi parvenu dans la vessie, il ne peut arriver à saisir le moindre corps étranger. Les manœuvres les plus variées, faites dans le but de saisir ce corps volumineux qui obstrue le col demeurent sans succès. Cependant le toucher rectal faisait toujours constater la présence d'une masse dure, de consistance osseuse, inébranlable, située exactement au lieu et place de la prostate.

Il fallait en venir à la taille, et, cette fois encore, on fit choix de la taille hypogastrique. Quelques difficultés, résultant des changements que la première opération avait apportés dans les rapports anatomiques des parties, furent aisément surmontées, et, en somme, on arriva vite et sans encombre dans la vessie.

La cavité vésicale proprement dite était libre; mais, en se portant vers le col, le doigt rencontrait une masse dure, recouverte sur presque toute son étendue par la muqueuse. Sur un point seulement, le calcul pouvait être senti à nu. O arrivait donc à cette

notion que la pierre était enfermée dans une véritable loge, pourvue d'un orifice circulaire, à travers lequel il s'agissait de la faire passer.

Mais on dut reconnaître qu'il était impossible d'y parvenir sans intervention nouvelle. Le doigt, des instruments variés (gorgeret, tenettes, etc.), manœuvrés pendant qu'un aide, par le rectum, maintenait la pierre et la poussait en avant, ne purent la déloger, ni même lui imprimer le moindre mouvement. Il fallut avec un bistouri boutonné, insinué dans la loge le tranchant dirigé vers le col, inciser la lèvre antérieure de l'orifice.

Il fut dès lors facile, à travers l'ouverture agrandie, d'introduire les mors d'une tenette, de saisir le calcul et de l'amener au dehors.

Il avait exactement la forme de celui que je vous présentais tout à l'heure, c'est-à-dire celle d'un rostre, dont la base répondait à l'angle antérieur du trigone, tandis que la pointe s'avançait dans la prostate jusqu'à l'angle formé par l'écartement des branches du pubis. Il mesurait 3 centimètres dans son plus grand diamètre, et un demi-centimètre dans ses plus petits. C'est un calcul friable, phosphatique.

Le doigt, introduit dans la loge rétro-prostatique, maintenant déshabitée, constate que ses parois sont parfaitement lisses, exemptes de toute incrustation calcaire.

L'opération avait duré 40 minutes.

La guérison, retardée par un certain degré de paralysie du col, fut, en somme, complète et ne paraît pas s'être démentie.

III

Les faits semblables à ceux que nous venons de rapporter sont relativement rares. M. Guyon, dans la première édition de ses *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, disait n'avoir jamais observé l'enchatonnement de la pierre dans la vessie [1]. Thompson rapportait il y a quelques années qu'il ne l'avait vue qu'une seule fois ; il ajoutait que la rareté de cette complication était démontrée par ce fait que peu d'opérateurs l'ont rencontrée plus d'une ou deux fois dans le cours de leur carrière [2].

Il ne paraît pas, en effet, que cette question ait particulièrement attiré l'attention des chirurgiens de nos jours. Beaucoup se per-

[1] GUYON, *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, 1re édit. Paris, 1881, p. 843.

[2] THOMPSON, *Traité des maladies des voies urinaires*, trad. franc., 1re édit. Paris, 1874, p. 626.

suadent que cette disposition anatomique est tellement rare qu'elle peut être négligée, et que, dans la plupart des faits anciens où elle était signalée, il ne s'agissait pas d'enkystement véritable mais bien plutôt de pierres retenues par les contractions irrégulières d'une vessie tourmentée.

Nous ne nions pas que dans bien des cas cette confusion ait été faite, et que souvent on ait été porté à expliquer par un obstacle mécanique permanent les difficultés diverses que l'on rencontrait dans l'extraction de la pierre.

La réalité de l'enchatonnement ou de l'enkystement des calculs ne saurait cependant être mise en doute. Les observations fort bien faites de M. Maréchal et de M. Pousson, que nous venons de rapporter, celle que je vous ai communiquée moi-même autrefois, suffiraient à établir que cette disposition anatomique n'est pas une simple vue de l'esprit.

Mais ces faits sont loin d'être isolés.

Dès 1743, dans un mémoire lu à l'ancienne Académie de chirurgie, Houstet réunissait un certain nombre de cas de *pierres enkystées de la vessie* [1]. Ces observations sont d'autant plus probantes que, dans plusieurs d'entre elles, les malades ayant succombé aux manœuvres qu'ils avaient dû subir, l'état anatomique des parois avait pu être vérifié à l'autopsie.

Quelques années plus tard, Deschamps [2], dans son traité de la taille, complétait la démonstration faite par Houstet et consacrait un long chapitre au sujet qui nous occupe.

Desault [3] ne contestait pas davantage la réalité de ces faits; il inventait même un instrument spécial destiné à inciser le collet de la poche, dans laquelle le calcul était contenu.

Je ne poursuis pas cette énumération. Il me suffira de dire que tous les traités de chirurgie, et particulièrement ceux consacrés spécialement à l'étude des calculs vésicaux, ont depuis lors fait mention de cette complication de la pierre.

Il semble bien que l'importance de cette disposition a de nos jours perdu de plus en plus de terrain. Je ne vois, en effet, à citer parmi les travaux contemporains, dans le mémoire qui vous a été adressé par M. Pousson, que la thèse de M. Lemaire soutenue à la Faculté en 1877.

Ces divers documents suffisent cependant pour tracer sinon une

[1] Houstet, Observations sur les pierres enkystées et adhérentes de la vessie (*Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, édit. in-8°. Paris, 1819, t. I, p. 293).

[2] Deschamps, *Traité historique et dogmatique de l'opération de la taille*. Paris, 1796 (an IV), t. I, p. 62 et suiv.

[3] Desault, *Œuvres chirurgicales* par Bichat, 3e édit. Paris, 1813, t. II, p. 472 et suiv.

histoire complète des calculs *enkystés, enchatonnés ou adhérents* [1], et que je n'ai ni le temps ni le désir de faire, du moins pour mettre en relief certains points qui me paraissent plus particulièrement dignes d'intérêt.

IV

1° Et tout d'abord que faut-il exactement entendre sous les noms divers que je viens d'énumérer ci-dessus ? C'est pour n'avoir point précisé ce point qu'il s'est produit une confusion sinon dans l'esprit, au moins dans l'exposé fait par certains auteurs.

Ce reproche ne peut être fait à Deschamps qui distingue avec soin ces trois états possibles du calcul, l'*enchatonnement*, l'*enkystement*, l'*adhérence*.

On dit qu'un calcul est *enchatonné*, lorsqu'il est compris dans une poche spéciale, communiquant avec la cavité de la vessie par un collet, ou orifice plus ou moins large. Les bords de cet orifice s'appliquent sur le calcul; celui-ci a tout l'aspect de la pierre d'une bague insérée dans son chaton.

Ce cas est le plus fréquent; c'est celui qui, en clinique, a le plus d'importance. Il n'est pas impossible, en effet, d'arriver à reconnaître sur le vivant cette disposition des parties et à diriger, en conséquence, l'action chirurgicale. M. Pousson n'envisageant la question qu'au point de vue purement pratique, borne son étude aux faits de ce genre.

Le calcul est dit *enkysté*, lorsque la cellule dans laquelle il est logé est tout à fait indépendante de la cavité vésicale, ou n'est plus en rapport avec elle que par un orifice tellement étroit, qu'il est presque imperceptible et devient pratiquement négligeable.

Ce cas est très rare. Une observation de M. Benjamin Anger, qui a été le point de départ du travail de M. Lemaire, est un bel exemple de cette disposition ; le calcul enfermé dans la loge était tout entier hors de la vessie, formant tumeur en arrière d'elle. Houstet et Deschamps rapportent des faits analogues, dans lesquels la pierre est tout entière contenue dans sa cellule, et l'orifice de communication de celle-ci avec la vessie très étroit.

D'autre fois, cet orifice lui-même fait défaut, le calcul paraît s'être développé dans l'épaisseur même de la paroi vésicale. Telle était la disposition observée par Littre ; elle lui a servi à édifier la théorie qu'il soutenait sur le mécanisme de l'enkystement des calculs [2]. Il admettait que ceux-ci, descendus du rein par l'uretère,

[1] S. Lemaire, Étude sur les calculs enkystés de la vessie (*Thèse de Paris*, 1877, n° 543).

[2] Littre, *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1702.

s'arrêtaient dans la partie de ce conduit qui rampe entre les tuniques de la vessie, en perforaient par voie d'ulcération la paroi, passaient ainsi dans l'épaisseur des tuniques de la vessie, se creusaient une loge au point où elles se fixaient, et grossissaient peu à peu sur place, sans jamais pénétrer dans la cavité vésicale. La loge qui les contenait communiquait au contraire avec l'uretère par un petit conduit, qui indiquait le chemin qu'ils avaient parcouru.

Cette explication, vraie peut-être pour certains calculs enkystés au voisinage de l'embouchure des uretères, ne peut être évidemment généralisée. Nous verrons qu'il en est une autre qui rend bien plus aisément compte de l'enchatonnement vulgaire.

Que la pierre soit enkystée ou enchatonnée, elle peut encore être *adhérente*. Il ne faut pas, en effet, croire que l'on entend sous ce nom la fixation d'un calcul par un point de sa circonférence à la paroi vésicale, à la façon d'un objet accroché à un mur, ou d'un fruit sessile appliqué sur une branche. Une pareille disposition n'est évidemment pas possible dans la vessie. Mais lorsque la muqueuse vésicale entoure déjà la pierre sur une étendue plus ou moins considérable, lorsque épaissie et irritée par le contact constant de corps étrangers, lorsque de toute la surface interne de la cavité accidentelle s'élèvent des bourgeons vasculaires qui sont nécessairement en rapport direct avec le calcul, il peut arriver, et il arrive, que ces fongosités pénètrent dans les anfractuosités de la pierre et contribuent à la maintenir en place. Le calcul lui-même est souvent tout hérissé de mamelons irréguliers qui s'enfoncent dans les dépressions de la muqueuse.

De cette sorte de pénétration réciproque de la pierre et des parois de sa loge résulte une adhérence véritable, qui peut être la source de grandes difficultés opératoires. Elles furent heureusement surmontées, comme nous l'avons vu, dans le fait que nous communique M. Pousson. Mais dans un autre, rapporté par M. Broussin dans sa thèse sur la taille hypogastrique [1], le chirurgien, après plusieurs tentatives infructueuses d'extraction, dut abandonner le calcul dans la vessie. Le malade mourut au bout de 17 jours. A l'autopsie on dut, pour extraire la pierre, inciser la paroi postérieure de la vessie ; on put constater alors que la paroi vésicale pénétrait le calcul, qui semblait en faire partie intégrante.

L'adhérence des calculs, tout en étant une complication très fâcheuse, n'est donc qu'un cas particulier de l'encapsulement de la pierre, et ne mérite pas une étude spéciale.

[1] BROUSSIN, Étude sur la taille hypogastrique (*Thèse de Paris*, 1882; obs. du Dr Corneo).

Nous avons vu d'autre part que l'enkystement vrai est très rare et ne constitue guère qu'une curiosité anatomique.

Il résulte de là que des trois états que nous signalions plus haut, l'*adhérence*, l'*enkystement* et l'*enchatonnement*, ce dernier, compliqué ou non d'adhérence offre seul au chirurgien un intérêt réel.

2° Un second point qui n'est pas, comme nous le verrons, sans importance pratique est celui de savoir par quel mécanisme se produit l'enkystement et l'enchatonnement des calculs.

Nous avons déjà mentionné l'hypothèse mise en avant par Littre qui ne convient que pour certains cas spéciaux et exceptionnels.

Exceptionnels aussi sur ceux où un calcul s'arrête à l'ouverture de l'uretère dans la vessie et reste enchassé dans le canal. Collot, Ledron, Desault, auraient, d'après Deschamps, observé des faits de ce genre [1]. On peut conserver des doutes sur cette disposition qui ne paraît avoir été constatée que sur le vivant et au cours d'une opération de taille.

La théorie proposée par Houstet et adoptée par les auteurs qui ont suivi est plus satisfaisante et s'applique à la majorité des cas.

Houstet admet que ces complications ne s'observent guère que dans les vessies dites à cellules. On sait que ces cellules ne sont autres que des dépressions de la muqueuse se produisant chez des individus atteints de rétention d'urine et de gêne de la miction.

Si un calcul se fixe dans une de ces dépressions, il peut augmenter de volume sur place, et par là même distendre la poche qui la contient. Cette distension porte surtout sur les points faibles de la cavité, c'est-à-dire sur le fond et les parties latérales; le collet ou orifice résiste. Il arrivera donc un moment où la pierre se trouvera enfermée dans une loge dont le diamètre sera supérieur à l'ouverture qui lui a donné passage.

Souvent la pierre sera trop volumineuse pour être tout entière contenue dans sa cellule ; elle fera saillie du côté de la vessie, et apparaîtra comme sortie sur les bords de l'orifice. C'est ainsi que se trouve réalisée la disposition si caractéristique des pierres enchatonnées.

Cette théorie cadre bien avec certaines particularités de l'histoire anatomique et clinique de ces dernières.

Avec celle-ci tout d'abord, que ces pierres s'observent surtout chez des sujets âgés, atteint de troubles anciens des voies uri-

[1] DESCHAMPS, *loc. cit.*, p. 72.

naires. La statistique dressée par M. Lemaire, celle de M. Pousson sont d'accord sur ce point.

On s'explique bien de même que les pierres enchatonnées siègent de préférence au bas-fond de la vessie. Le bas-fond est en général le lieu d'élection des calculs vésicaux ; on comprend que ce soit dans les cellules qui se forment à ce point que les pierres viendront le plus souvent se fixer.

Il est à cette règle, nous le savons, des exceptions assez fréquentes. Certaines pierres s'enchatonnent par exemple au sommet de la vessie. On a donné, comme nous le verrons dans un instant, de ces cas particuliers, des explications diverses. Ce n'est pas, du reste, que la théorie de Houstet leur soit nécessairement inapplicable. En effet, si les calculs occupent habituellement le bas-fond, il n'est aucun point de la vessie où ils ne puissent se rencontrer; d'autre part, les cellules vésicales ont moins encore de siège déterminé ; elles se forment à peu près indifféremment sur toute la surface de la muqueuse.

Remarquons encore que la dépression de la muqueuse qui constitue la cellule vésicale se fait entre les fibres musculaires écartées. Il en résulte que le corps de la cellule n'est formé que par la muqueuse unie à la séreuse. Le plus souvent la muqueuse s'épaissit et résiste à la pression continue de la pierre. On a soutenu que dans certains cas elle se laissait perforer. Nous n'avons trouvé de cette complication aucun exemple probant. Dans une observation de Bourdon [1], la paroi de la poche d'une minceur extrême n'était, il est vrai, plus constituée que par le péritoine. On comprend combien une pareille disposition peut rendre périlleuse la manœuvre de dégagement et d'extraction du calcul.

Les bords de l'orifice sont, au contraire, habituellement plus épais. On ne trouve à cet égard dans les auteurs aucune notion certaine. Mais on est conduit à supposer qu'il doit en être ainsi, lorsque l'on considère l'innocuité de la manœuvre qui consiste à inciser le collet de la loge qui libérera la pierre.

On a dit que certains calculs dits *migrateurs* peuvent alternativement entrer et sortir de la cellule où ils ont élu domicile. On expliquait ainsi la difficulté que l'on éprouve parfois à retrouver un calcul distinctement perçu à une première exploration. Le fait n'est pas impossible, mais il doit être rare. Il ne faut pas oublier, en effet, que la poche accidentelle privée de fibres musculaires, n'a aucune tendance à revenir sur elle-même, et ne peut en tout cas se contracter pour expulser le calcul qui s'est réfugié dans sa cavité.

[1] Observation rapportée par Houstet, *loc. cit.*, p. 315.

Notons enfin que les rapports du calcul avec la loge qui le contient peuvent varier suivant les cas. Si la pierre est petite, les bords de l'orifice tendent à se rapprocher au devant d'elle et la séparent à peu près complètement de la cavité vésicale.

C'est là une des explications possibles de l'*enkystement* des calculs. On rencontre souvent dans une telle cavité plusieurs petites pierres au lieu d'une seule volumineuse. Certaines vessies contiennent même parfois un nombre plus ou moins considérable de loges ainsi habitées. Ces faits n'ont qu'un intérêt purement anatomique.

Habituellement la pierre unique et grosse, enclavée dans la paroi, proémine en même temps dans la cavité vésicale. Cette portion saillante tend à augmenter de volume par l'adjonction de nouvelles couches incessamment déposées à sa surface. Le calcul se trouve ainsi formé de deux parties renflées, l'une intra-cellulaire, l'autre intra-vésicale, unies par un col rétréci qui correspond à l'orifice de la cellule. Dans les tentatives d'extraction, il arrive souvent que la pierre se brise au niveau de son collet, et cela d'autant plus facilement qu'elle est ordinairement phosphatique. La partie saillante est seule amenée en dehors, et il faut de nouveaux efforts pour aller chercher celle qui est restée de la cellule; pourvu du moins que son existence ne soit pas méconnue, ce qui serait plus fâcheux encore.

3° La théorie de Houstet dont nous venons d'exposer les traits fondamentaux et les principales conséquences pratiques est parfois manifestement en défaut.

Il en est ainsi par exemple pour une observation bien connue de Meckel[1]. Toutes les tuniques de la vessie y compris par conséquent la musculeuse, prenaient part à la constitution de la poche. La pierre était fixée au sommet de la vessie, dont toute la partie supérieure formait une loge indépendante, séparée de l'inférieure par un étroit collet. Les fibres musculaires transversales constituaient sur ce point un véritable sphincter qui serrait l'ouverture inférieure du sac. Cette pièce a été recueillie, sur le cadavre; ce qui ne permet pas de mettre en doute la réalité de ce fait.

Il faut sans doute invoquer une disposition de ce genre pour expliquer les cas, exceptionnels il est vrai, ou l'enchatonnement a été observé chez des enfants.

M. Lemaire qui, sur 42 observations, n'en a trouvé que trois où

[1] *Mém. de l'Acad. des sciences* de Berlin, 1754, et Deschamps, *loc. cit.*, p. 71.

les malades étaient âgés de moins de 10 ans, rapporte que dans deux d'entre elles le calcul siégeait, comme sur la pièce de Meckel. au sommet de la vessie.

Le même auteur se demande si ces pierres, de siège exceptionnel, développées chez des enfants, ne pourraient pas s'être logées dans une dépression formée au niveau de l'ouraque incomplètement oblitéré. Aucun fait certain n'est venu encore établir la valeur de cette hypothèse.

Il nous paraît difficile aussi de rapporter à la théorie de Houstet, des cas semblables à celui de M. Maréchal. Vous avez pu voir par l'analyse que je vous ai donnée de cette observation, et par le dessin que je vous ai mis sous les yeux, que l'hypertrophie de la prostate contribuait pour la plus grande part à la fixation du calcul. Celui-ci enchâssait la glande, énormément augmentée de volume, et faisait vraiment corps avec elle. Il avait poussé un prolongement du côté du col de la vessie. La pierre par la situation qu'elle occupe alors mérite bien le nom de *vésico-prostatique* qui lui a été donné.

On peut retrouver en pareille circonstance, comme autour des pierres vraiment enchatonnées, une sorte de collet qui bride le calcul et contribue à la maintenir en place. Peut-être faut-il tenir compte, pour expliquer ce fait, d'une disposition anatomique déjà mise en relief par Ledran. J'ai souvent observé, dit cet auteur, et d'autres l'ont observé comme moi, que dans les vessies qui ont souffert, il se fait, à l'endroit où elles sont *collées* sous le rectum, un peu plus haut que leur orifice, il se fait, dis-je, une espèce de crispation ou tension sur les fibres névropathiques qui viennent à l'insertion d'une matière à l'autre. Ces fibres tendues font une espèce de ligament en bande un peu saillante, placé à 1 pouce 1/2 de l'orifice, selon que la vessie est plus ou moins racornie, ce qui semble la partager en deux portions inégales, l'une petite et antérieure, l'autre plus grande et postérieure, lorsque le malade est couché [1].

On reconnaît à cette description le *muscle* des *uretères* de Ch. Bell. Quoi qu'il en soit, on peut admettre que le calcul situé derrière la prostate puisse être pris entre la glande en avant et cette bride musculaire en arrière, et que celle-ci constitue comme le collet de la loge dans laquelle il est emprisonné.

Nous croyons que dans bon nombre de cas l'immobilisation de la pierre dans la vessie se fait par le mécanisme que nous venons de décrire.

[1] Houstet, Mém. cité, p. 310.

V

J'en viens au mode d'intervention auquel il convient de s'arrêter dans le cas de calculs enchatonnés.

Je ne ferai guère que reproduire ici les idées de M. Pousson, dont j'adopte absolument les conclusions.

Avec lui tout d'abord, j'admets que la lithotritie, en pareille circonstance, ne peut être conseillée. L'opération serait le plus souvent impuissante, puisque l'on peut craindre de ne pas arriver à saisir le calcul trop profondément caché, ou de n'en broyer que la partie saillante. Si même l'on parvenait à pénétrer dans la loge, la manœuvre, qui consisterait à aller écraser les fragments sur place, serait délicate ; elle risquerait d'ailleurs d'être incomplète, quelques parcelles pouvant facilement échapper à l'instrument; enfin elle pourrait devenir dangereuse si elle était poussée trop loin.

Civiale cependant dans un cas, et Ségalas dans un autre, paraissent avoir réussi à surmonter toutes ces difficultés. Le premier brisa la pierre dans sa cellule; le second réussit à l'extraire avec un lithotriteur modifié, et acheva l'opération en pleine cavité vésicale[1].

De telles hardiesses ne peuvent être données comme un exemple à suivre.

La taille est donc la seule opération dont il puisse être ici question, et j'ajoute immédiatement que parmi les divers procédés de taille en usage, la taille hypogastrique doit incontestablement avoir le pas sur toutes les autres.

Pour établir ce point, M. Pousson a dressé une statistique fort instructive.

La taille recto-vésicale, universellement abandonnée aujourd'hui, ne paraît, au reste, avoir été pratiquée qu'une seule fois pour une pierre enchatonnée[2]. Nous pouvons laisser ce cas de côté.

Si nous nous en tenons aux résultats fournis par les tailles périnéales, et particulièrement par la taille latéralisée, la plus fréquemment employée, comparés à ceux qu'a donnés la taille hypogastrique, voici ce que nous enseignent les faits.

M. Pousson a réuni dix-huit cas de taille, dont dix de taille latéralisée, et huit de taille sus-pubienne. Mais, point bien important

[1] Observations rapportées par Lemaire, Thèse citée, p. 66.

[2] Simonin (de Nancy). Le malade guérit mais avec une fistule recto-vésicale qui persista (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 166).

Murray Humphry pratiqua aussi en pareil cas la taille recto-vésicale, mais après quatre tentatives infructueuses de taille latéralisée (Thompson, *loc. cit.*, p. 624).

à noter, dans les dix premières observations, trois fois seulement la taille latéralisée a été employée seule ; dans les sept autres, il a fallu ultérieurement, soit dans la même séance, soit à quelques jours de distance, avoir recours, pour achever de débarrasser le malade, six fois à la taille hypogastrique, une fois à la taille recto-vésicale.

Quelques chirurgiens ne se sont pas même laissés rebuter par un premier insuccès de la taille périnéale. Murray, Humphry, par exemple, ne craignit pas de la pratiquer quatre fois de suite avant de s'adresser à un autre procédé.

Des trois malades sur lesquels la taille latéralisée a été *seule* pratiquée, chez l'un, on ne parvint pas à découvrir la pierre ni avec les doigts, ni avec les tenettes (Souberbielle) ; chez un autre, l'extraction ne put être faite. Thompson, qui opérait, aima mieux abandonner le calcul que de « recourir », comme il le dit lui-même, « à une violence coupable[1] ».

M. Pousson n'a pas fait remonter ses recherches plus haut que Belmas. S'il avait parcouru les observations rapportées par Houstet, il aurait pu joindre aux faits qui précèdent trois observations, à une de celles de Thompson, l'opération resta inachevée, faute de pouvoir amener la pierre au dehors. Les opérateurs ne surent pas, malheureusement dans ces cas s'abstenir, commo Thompson[2], de *violences coupables;* les trois malades succombèrent. On put, du moins, s'assurer à l'autopsie, que l'obstacle à l'extraction venait bien de l'enchatonnement de calcul.

Dans quatre autres observations citées par le même auteur, le calcul put être extrait, mais les malades moururent[3].

Houstet rapporte, en somme, un seul cas heureux. Il appartient à Garengeot, qui, le premier je crois, eut l'idée de sectionner la bride qui retenait la pierre[4].

On voit donc que s'il n'est pas tout à fait exact de dire avec M. Pousson que la taille périnéale seule ne donne jamais aucun résultat, il est certain du moins qu'elle échoue dans la grande majorité des cas ; que, de plus, en raison des manœuvres qui nécessite une extraction toujours difficile, elle constitue une opération éminemment dangereuse.

[1] Thompson, *loc. cit.*, p. 625.

[2] Observations de Bouquot et Boudon (2) rapportées par Houstet, *loc. cit.*

[3] Observations de Houstet, Middelton, Guérin, La Peyronnie, *ibid.*

[4] On peut joindre à ce cas heureux celui de Ledran. Le calcul ne put, il est vrai, être extrait séance tenante ; mais on maintint ouverte l'incision faite au périnée, et six semaines plus tard l'opération fut achevée sans difficulté (Houstet, *loc. cit.*, p. 308).

Le bilan de la taille hypogastrique, dans le traitement des calculs enchatonnés, est autrement favorable.

Et d'abord dans les six cas où elle est venue au secours de la taille latéralisée, cinq fois l'opération, grâce à elle, a pu être achevée. Une seule fois la pince dut être abandonnée, en raison des adhérences intimes qui l'unissaient à la muqueuse. Nous avons déjà mentionné ce fait.

D'autre part, chez les huit malades où la taille hypogastrique a été pratiquée d'emblée, elle a donné huit succès opératoires.

On ne saurait établir d'une façon plus saisissante la supériorité de ce procédé opératoire sur les autres variétés de taille, pour les cas qui nous occupent.

Avec M. Pousson, nous ajouterons que l'on hésitera, d'autant moins à y avoir recours, que grâce aux heureuses modifications apportées aujourd'hui à la pratique de cette opération, sa gravité n'est pas plus grande que celle des autres procédés de taille, si même elle n'est pas moindre.

Au reste, aucun procédé ne permet mieux que la taille hypogastrique de vaincre les difficultés spéciales que l'on rencontre dans l'extraction des calculs enchatonnés.

Aucun n'ouvre plus largement la vessie et ne permet de mieux se rendre compte soit avec la main, soit même avec l'œil, de la situation du calcul et des obstacles qui s'opposent à sa sortie.

Par cette voie, relativement spacieuse, les diverses manœuvres, ayant pour objet de le déloger, deviennent aisées. Le doigt, peut aller dilater l'orifice de la cellule, parfois détacher des adhérences, guider du moins les tenettes jusque sur la pierre qui pourra être ainsi prudemment et solidement saisie.

La taille hypogastrique facilitera aussi l'emploi de certains artifices, sans lesquels l'opération ne pourrait souvent être menée à bien. Je rappelle par exemple que chez mon malade, les parois de la loge, dans laquelle le calcul était contenu, étaient si étroitement appliquées sur lui, qu'il fallut introduire successivement les deux branches d'une tenette désarticulée, à la façon des cuillers d'un forceps, pour parvenir à saisir la pierre et à l'extraire. D'autres fois, l'orifice de la cellule est tellement étroit, que ni le doigt ni aucun instrument préhenseur ne peuvent y être introduits. Il n'est alors d'autre ressource quo de faire la section de la bride. M. Pousson rappelle que Souberbielle, Podrazki, M. Guyon n'hésitèrent pas à mettre ce moyen en usage.

Nous avons vu que, bien avant eux, Garengeot eut la même idée et la mit à exécution, et que plus tard Desault inventa même un instrument pour faire cette section sans danger.

La taille hypogastrique permet enfin, suivant l'expression de

M. Pousson, une *toilette* exacte de la vessie et surtout de la loge de calcul. Alors même que celui-ci se brise sous les efforts de traction, on peut être assuré de retrouver jusqu'au dernier fragment et de laisser le malade dans les meilleures conditions do guérison radicale.

VI

Il ressort évidemment de tout ce qui précède que la taille hypogastrique, lorsqu'on aura affaire à un calcul enchatonné, constitue véritablement le procédé de choix.

Mais, pour se décider à y avoir recours, il est évidemment une question préjudicielle dont la solution a une importance capitale, c'est celle du diagnostic de l'enchatonnement.

Ce diagnostic est-il possible, et par quels moyens peut-on arriver à le poser?

M. Pousson n'aborde pas ce côté du sujet qui n'est pas, il faut le reconnaitre, sans soulever de réelles difficultés pratiques.

Pour M. Lemaire, ces difficultés ne seraient pas insurmontables. Il s'est efforcé de le montrer dans un passage du travail que nous avons déjà cité.

Il remarque tout d'abord, fait qui a été noté par plusieurs observateurs, que les signes rationnels habituellement si expressifs de la pierre, douleur, hématurie, fréquence des mictions, peuvent être singulièrement atténués, ou même faire complètement défaut ; ou bien encore disparaître après avoir existé pendant une certaine période. Cette atténuation ou cette absence des phénomènes irritatifs tient évidemment à la fixation plus ou moins complète du calcul.

Rarement cependant, la douleur fait absolument défaut. C'est elle qui attire l'attention du malade et du chirurgien, et motive une exploration directe.

Celle-ci est absolument nécessaire pour changer en certitude ce qui n'était qu'une présomption.

Il n'est pas absolument rare, on le sait, qu'un calcul vésical, qui sera plus tard manifestement reconnu, échappe tout d'abord à l'instrument qui le cherche. Cette circonstance, qui peut tenir à la petitesse de la pierre, s'observe plus souvent encore, lorsqu'en partie cachée dans sa cellule, elle ne présente à la sonde qu'une surface d'exploration souvent peu étendue.

Habituellement cependant, on finit par découvrir un point dur contre lequel le cathéter vient butter avec bruit.

Ce bruit n'a pas toujours l'éclat sec et caractéristique que l'on connaît. Il est sourd, comme si un corps mou était interposé.

D'autres fois, la sensation du choc est diminuée à une étendue qui peut être très restreinte, si l'orifice de la loge est étroit et la pierre peu saillante.

Plus souvent, dans les cas, du moins, où l'on peut intervenir d'une façon utile, le calcul proémine suffisamment hors de sa loge pour que le choc soit net, et le diagnostic de l'existence de calcul, non douteux.

Il est alors d'autres signes qui montrent de la façon la plus claire, que la pierre est immobilisée.

Celui-ci, par exemple, qu'à chaque exploration la pierre est toujours retrouvée au même endroit. Dans une observation de Civiale, dans une de Hutin[1], dans bien d'autres que nous pourrions citer, ce caractère fut des plus évidents et conduisit au diagnostic de l'enchatonnement.

Si alors, poursuivant cette recherche, le chirurgien vient à saisir le calcul entre les mors du lithotriteur, il reconnaîtra qu'il ne peut parvenir à le déplacer. L'instrument figé sur le calcul, n'obéit plus à la main qui essaye de le mouvoir.

L'immobilisation du calcul lui-même ne peut plus alors être douteuse.

D'autres fois il sera impossible, en dépit des efforts les mieux combinés, d'arriver à saisir la pierre, et cependant il est manifeste que ce n'est pas le volume de la pierre qui s'oppose à la réussite de la manœuvre. On peut supposer alors ou qu'elle est trop profondément enfoncée dans sa loge, ou que, peu saillante, elle ne présente à l'instrument qu'une surface convexe sur laquelle il glisse sans trouver prise.

Je ne ferai que signaler comme pouvant encore venir en aide au diagnostic l'examen direct, à l'aide de l'endoscope et du toucher rectal.

Aux deux faits rapprochés par M. Lemaire, notre collègue, M. Désormeaux, serait parvenu à reconnaître l'enchatonnement du calcul. Mais il est douteux que de moins expérimentés que lui parviennent, par ce moyen, à la même précision du diagnostic.

Nous avons vu que, dans les observations de M. Maréchal et de M. Pousson, la pierre était facilement sentie par le rectum. Cette circonstance devra-t-elle être considérée comme une présomption en faveur de l'emprisonnement de la pierre? Devrait-elle, en particulier, faire songer à ces calculs vésico-prostatiques qui englobent la prostate et sont immobilisés par elle? C'est un point que pourra seule éclaircir l'observation ultérieure.

Dans le fait déjà cité de M. Hutin, il est noté également que la

[1] Observations rapportées par Lemaire, *loc. cit.*, p. 54 et 66.

pierre proéminait fortement du côté du rectum, mais d'autres signes parlaient en même temps en faveur de l'enchatonnement qui fut, au reste, vérifié à l'autopsie.

En somme, lorsque chez un individu âgé, souffrant depuis longtemps de troubles et de miction, surviennent des signes qui permettent de soupçonner l'existence d'un calcul, signes atténués d'ailleurs et peu caractéristiques, on découvre une pierre ; lorsqu'à chaque exploration, elle est retrouvée au même point de la vessie, on pourra songer à un calcul enchatonné.

Si, essayant de saisir cette pierre avec le lithotriteur on n'y parvient pas, ou, si l'ayant saisie on n'arrive pas à la déplacer, le diagnostic approchera de la certitude.

On en saura assez, du moins, pour renoncer à toute tentative ultérieure de lithotritie.

J'ajoute que, du même coup, la taille hypogastrique s'imposera.

Je crois, en effet, que toutes les fois que l'exploration méthodique de la vessie chez un calculeux laissera des doutes sur la forme, le volume et la situation du calcul, lorsque quelque circonstance inexpliquée ou inexplicable pourra faire craindre quelque obstacle à l'extraction, la cystotomie sus-pubienne, toute autre considération mise de côté, devra nécessairement avoir la préférence.

Seule en effet, elle permet, séance tenante, de vérifier à l'aise tous les points douteux, et, mieux que toute autre, elle met le chirurgien en état de vaincre les difficultés imprévues qui pourront se présenter.

On dira peut-être que c'est là singulièrement étendre les indications de la taille hypogastrique. Mais je suis tellement convaincu des avantages multiples de cette opération et de sa supériorité sur les autres procédés de taille, que je n'essaie même pas de me justifier de ce reproche.

Je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à M. le Dr Maréchal et à M. le Dr Pousson;

2° Et — leurs observations et les remarques dont ils les ont accompagnées, ayant été longuement analysées dans ce rapport — de nous contenter de déposer leurs travaux dans nos archives.

Discussion.

M. Després. Je désire présenter quelques critiques au sujet de l'observation analysée par M. Monod et au sujet du rapport. Sur

le premier point, je dirai que je ne puis m'empêcher de regretter de voir un médecin envoyer une observation dans laquelle l'erreur ou les erreurs ont été poussées à un pareil degré. Ainsi, on sonde le malade, on ne trouve pas de calcul; on pratique la taille, on ne rencontre pas davantage de calcul; on se décide à faire une deuxième taille, et le calcul reste toujours introuvable.

Maintenant dans son rapport, M. Monod a improprement rapproché les calculs prostatiques et les calculs vésicaux : il y a certes à établir une démarcation entre eux. Les calculs prostatiques ne sont pas enchatonnés, et leur diagnostic se fait de la manière la plus facile par le toucher rectal. J'affirme que si on méconnaît un de ces calculs, c'est qu'on n'a pas pratiqué ce toucher.

Je me souviens d'un malade de Sainte-Périne, où je faisais le service, chez lequel le toucher rectal révéla un corps dur avec crépitation fine et frottements de deux surfaces rugueuses, comme dans une fracture; il y avait un gros calcul prostatique. Ce fut M. Péan qui opéra le malade par la méthode de Celse : il incisa le périnée, tomba sur le calcul et en fit l'extraction; mais ce n'est pas cela qu'on doit appeler un calcul enchatonné.

Puisque l'occasion se présente ici, je fournirai une observation qui m'est personnelle de calcul enchatonné de la vessie, pour lequel je pratiquai la taille hypogastrique, qui est certainement la meilleure en pareil cas, celle qui doit remplacer toutes les autres.

OBSERVATION.

Calcul enchatonné de la vessie. — Taille hypogastrique. — Guérison,
par M. Després.

Un fermier de la Brie, âgé de 36 ans, traité depuis plusieurs années pour des signes de tuberculose, m'a été envoyé par son médecin qui soupçonnait l'existence d'un calcul de la vessie.

J'examinai le malade dans mon cabinet, et je diagnostiquai un calcul dur, immobile, que je ne pouvais déplacer avec la sonde, et d'un volume supérieur à une grosse noix, autant que j'en pouvais juger en explorant avec la sonde à béquille ordinaire. Je répondis au médecin du malade qu'il s'agissait d'un calcul dur exceptionnel et que la lithotritie devait être rejetée. J'ajoutai que c'était un cas où la taille était indiquée, et je proposai la taille hypogastrique.

Cette opération acceptée, j'y procédai il y a 12 jours, avec l'aide du médecin et de mes deux internes que je pris avec moi.

Le malade, qui n'avait pas uriné depuis une heure d'après mes indications, fut soumis au chloroforme, sans injection préalable, sans ballon de Potersen comme moyen adjuvant.

Je fis une incision de 6 centimètres de long sur la ligne médiane à partir de la saillie du pubis. J'incisai ensuite entre les deux pyramidaux qui existaient, puis l'aponévrose entre les deux muscles droits

et je les vis assez écartés à l'aide de deux écarteurs. Je vis l'ouraque; en haut et au-dessous deux veines verticales que j'ai signalées dans une observation présentée à la Société en 1883, p. 713.

Je fis relever le péritoine par le doigt d'un aide, et je fis une ponction à la vessie en dirigeant mon bistouri de haut en bas vers le col de la vessie. J'agrandis avec le doigt cette ouverture : il sortit alors environ un verre d'urine.

J'introduisis alors la tenette et je saisis le calcul, mais il résistait. Je tirai un peu plus, et je vis la muqueuse de la vessie venir avec le calcul. Le calcul irrégulier, calcul mural, était enchatonné. Alors je débridai avec des ciseaux en haut dans une étendue de 1 centimètre. Alors le calcul, attiré au dehors avec la muqueuse, fut énucléé avec l'ongle des loges diverses dans lesquelles les prolongements du calcul étaient engagés; un seul fragment de calcul resta et fût ensuite énucléé avec le doigt introduit dans la vessie.

L'opération terminée, j'explorai la vessie, et je retrouvai encore deux petits fragments de calcul que je pus extraire avec le doigt.

Cela fait, une sonde fut passée dans la vessie, et à sa suite je fis passer un tube à drainage nº 12 de la filière Charrière, Ce tube passait par la plaie, la vessie et l'urèthre, et était noué au dehors. La plaie fut pansée avec des cataplasmes.

Le poids du calcul était de 27 grammes et ses ramifications étaient longues de 1 centimètre ou de 50 millimètres.

J'ai eu des nouvelles de ce malade aujourd'hui treizième jour après l'opération; il n'y a pas eu de fièvre, l'appétit est conservé. Le drain a été retiré le cinquième jour et la plaie n'est pas encore cicatrisée, mais est en bonne voie de guérison.

J'ajouterai que ce malade souffrait beaucoup en voiture seulement, mais qu'il n'avait jamais rendu ni calculs ni sang. Ses urines n'étaient point purulentes.

Je termine en affirmant de nouveau la supériorité de la taille hypogastrique sur toutes les autres tailles, comme l'avait déjà dit Giraldès dans un rapport à notre Société, sur deux observations de Saint-Jean-d'Angély. C'est la taille la plus sûre et la moins mortelle, quel que soit l'âge du malade. Le premier calcul que j'enlevai par cette taille, à la Charité, était un calcul mural pesant 155 grammes. Il y eut guérison.

M. Polaillon.

J'ai actuellement dans mon service un homme de 21 ans, nommé C. D..., qui porte un calcul vésical. Mes explorations avec la sonde métallique et avec le cathéter m'ont fait reconnaître que ce calcul a une position fixe dans la vessie et qu'il est probablement enchatonné. On le sent avec la concavité de la sonde, et il paraît être situé derrière la symphyse du pubis. Il est impossible de le saisir entre les mors du cathéter. Le toucher rectal indique que la prostate est volumineuse, mais

ne donne aucune notion sur l'existence du calcul. Ce jeune homme, qui souffre depuis l'âge de onze ans, a une vessie rétractée et intolérante. Ses urines sont notablement purulentes.

En présence d'un calcul enchatonné, je pense, comme M. Monod, que la méthode de choix est la taille hypogastrique. Je me suis donc mis en devoir de pratiquer cette opération chez mon malade. Mais j'ai rencontré une disposition du péritoine, que je crois devoir signaler, parce qu'elle tend à modérer l'enthousiasme pour la taille hypogastrique.

Le 7 juillet, C. D... est chloroformisé. Le ballon de Petersen est introduit dans le rectum. Puis la vessie est distendue à l'aide d'une sonde à robinet, par une injection de 120 grammes d'une solution d'acide borique à 5 0/0, en prenant la précaution de placer sur la verge une ligature en caoutchouc pour prévenir l'issue du liquide. Cela fait, le ballon de Petersen est gonflé par l'injection d'environ 450 grammes d'eau tiède. La région hypogastrique semble convenablement tendue et dans de bonnes conditions pour la taille sus-pubienne.

Je fais une incision de 6 centimètres à partir du pubis sur la ligne médiane. J'arrive facilement sur le tissu cellulaire qui sépare la paroi abdominale de la vessie. En écartant avec précaution ce tissu cellulaire, je trouve une membrane qui glisse sur le globe vésical en réalité peu saillant. Cette membrane, qui n'est autre chose que le feuillet pariétal du péritoine, semble s'étendre jusqu'au pubis. Pour en avoir le cœur net (et convaincu, d'ailleurs, que je n'ajoute rien à la gravité de l'opération), j'incise le péritoine près du pubis dans l'étendue de quelques millimètres. Je vois par cette petite boutonnière, que le péritoine se prolonge jusqu'au pubis. En y introduisant une sonde, je constate que la réflexion du péritoine se fait exactement au niveau du bord supérieur du pubis, et qu'il n'y a pas place entre ce bord et le cul-de-sac du péritoine pour faire la taille hypogastrique.

La boutonnière du péritoine est immédiatement fermée avec une ligature en catgut. L'incision abdominale est suturée par quatre fils d'argent. Un drain est établi entre les lèvres de l'incision. Un pansement de Lister est appliqué. La réunion immédiate est aujourd'hui complète. Aucun accident n'a suivi cette tentative opératoire.

La conclusion à tirer de ce fait est que la taille hypogastrique n'est pas toujours praticable, parce que le péritoine recouvre, dans certains cas, toute la face antérieure de la vessie, bien qu'on ait distendu cet organe par une injection et qu'on l'ait soulevé avec le ballon de Petersen.

Quelque indiquée que soit la taille hypogastrique chez mon malade, je suis obligé d'y renoncer, pour recourir à la taille périnéale, procédé que je considère comme moins sûr et plus dangereux.

M. Richelot. M. Després s'avance un peu trop en affirmant que toujours le toucher rectal révèle la présence du calcul prostatique. J'ai publié un cas de calcul de cette nature, enchatonné, de 3 centimètres, trouvé à l'autopsie, le malade étant mort de pyélo-né-

phrite, et pour lequel le toucher rectal n'avait absolument rien donné.

M. Després. L'observation si consciencieuse de M. Polaillon est un nouveau fait à l'appui de ce que j'ai toujours soutenu, à savoir que le ballon de Petersen, loin de soulever le cul-de-sac péritonéal et de le rendre moins accessible au bistouri dans la taille hypogastrique, abaissait ce cul-de-sac et exposait le chirurgien à le blesser.

Je sais qu'il existe d'autres observations analogues à celle de M. Polaillon, mais comme elles n'ont pas été publiées, il ne m'appartient pas d'en parler.

M. Trélat. M. Després ne s'étant jamais servi du ballon de Petersen, ce ne sont là de sa part que de simples présomptions : voilà déjà deux fois qu'il nous pose cette affirmation; or, pour y ajouter foi il nous faudrait des faits, et il ne nous en donne pas.

M. Després. Puisqu'il n'y a pas d'autopsie, je suis bien obligé de m'en tenir aux conjectures. Du reste, je ne fais qu'appliquer, en théorie, au ballon de Petersen ce qui se passait autrefois quand on voulait pratiquer la taille hypogastrique en injectant fortement la vessie, en en dilatant les veines, en produisant le ballonnement du ventre et agissant sur la masse intestinale à la manière du ballon en question : c'est même ce qui avait fait rejeter à tort cet excellent procédé de taille. Cette formule, je l'ai exposée il y a deux ans, et il n'y a rien de difficile comme d'arriver à convaincre ceux qui ne veulent pas être convaincus.

Lorsqu'on va à la recherche de la vessie par la région sus-pubienne, ce qu'il y a de mieux, c'est de suivre avec le plus grand soin les points de repère anatomiques, qui sont : l'interstice des muscles droits, l'ouraque et les deux veines de Beraud. La ponction de la vessie doit être faite non pas directement d'avant en arrière, mais un peu obliquement en bas et en arrière.

M. Polaillon. J'estime que dans mon cas, non seulement ce n'est pas le ballon de Petersen qui a abaissé le péritoine, mais que ce dernier eût été plus bas encore si je n'avais pas fait usage de cet instrument.

M. Monod. Je maintiens absolument ce que j'ai dit dans mon rapport au sujet de la variété précise du calcul qu'a envoyé M. Maréchal : la bougie qui s'y trouve encore au centre me donne, je crois, parfaitement raison. Lemaire, du reste, a décrit une variété de pierre sous le nom de vésico-prostatique, et ici, pour se con-

vaincre de ce que j'avance, il suffit de voir que la forme du calcul est moulée sur le bas-fond vésical.

La variété d'enchatonnement du calcul présenté par M. Després est parfaitement connue, et je l'ai indiqué dans mon travail ; si je n'en ai pas fait une description spéciale, c'est parce qu'il ne s'appliquait pas aux cas particuliers que j'avais à rapporter.

Je désire néanmoins, en terminant, justifier M. Maréchal des reproches un peu sanglants que M. Després lui a adressés. L'homme dont il est question dans l'observation de M. Maréchal avait une prostate volumineuso, et il existait un cul-de-sac profond derrière lequel la pierre s'était logée. Dans le cours de l'opération, quand on a employé le ballon de Petersen et dilaté la vessie, on ne voit pas, chemin faisant, la séreuse péritonéale.

M. Després. J'insiste particulièrement sur ce fait qu'*il vaut mieux voir en opérant le péritoine que de ne pas le trouver.* Je persiste à affirmer que, dans l'observation de M. Maréchal, le calcul s'était développé dans la portion prostatique de l'urèthre.

M. Monod. Pourquoi alors la bougie était-elle restée au centre même de la production calculeuse.

Les conclusions proposées par M. Monod sont mises aux voix et adoptées.

M. le président fait voter la Société sur la demande de M. Verneuil au titre de membre honoraire.

Sur 24 votants, le scrutin donne :

Oui	20
Non	1
Bulletins blancs	2
Bulletin nul.	1

M. Verneuil est proclamé membre honoraire de la Société de Chirurgie.

Lecture.

M. Bédouin, médecin-major, lit un travail sur *un nouveau pansement antiseptique à l'usage des petits hôpitaux et de la chirurgie courante.*

(Renvoyé à l'examen de M. Lucas-Championnière.)

Présentation d'appareil.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, au nom de M. PÉRIER, met sous les yeux de ses collègues une *gouttière* construite par un des malades de son service, et *destinée à faciliter les tractions continues sur le membre inférieur.*

Lorsqu'on veut exercer des tractions continues sur le membre inférieur, il est difficile de ne pas perdre une partie considérable de la force employée, par suite des frottements du membre sur le plan du lit. Le charriot que je vous présente est destiné à supprimer ces frottements d'une manière à peu près complète. Il a été fabriqué par M. Collin d'après un modèle que je lui avais fourni, et qui avait été construit sur mes indications par un serrurier dont je soignais la femme atteinte de fracture du col du fémur avec raccourcissement considérable.

Le membre inférieur est d'abord enveloppé d'un bas en peau de chien lacé remontant jusqu'à mi-cuisse, et pourvu de deux lanières de cuir latérales se détachant du bas au-dessus des malléoles et reliées à un étrier de bois. La disposition du bas fait que ces tractions prennent leur appui sur les condyles du fémur, et qu'il n'y a aucune compression sur les malléoles. Le membre ainsi préparé est placé sur la gouttière à galets que je vous présente, et de suite on voit la traction produire tout son effet utile.

L'appareil est très simple : il se compose d'une gouttière dont le fond repose sur une planchette munie de galets très bas, pouvant rouler sur une seconde planche mince qui repose sur le plan du lit. De simples fentes et quelques vis maintiennent le parallélisme des deux planches et les empêchent de se quitter. Une planchette latérale soulève les draps et les empêche d'appuyer sur les pieds, en même temps qu'elle peut corriger la tendance au renversement, soit en dehors soit en dedans.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
P. GILLETTE.

Séance du 22 juillet 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Le programme du Congrès de médecine publique* qui doit se tenir à Anvers, du 26 au 30 août prochain, avec invitation à la Société de vouloir bien y prendre part;

3° Observation de *Hernie inguino-interstitielle étranglée*, opération par M. le Dr Langlais (Commission : M. Tillaux).

A propos du procès-verbal et des calculs vésicaux enchatonnés.

1° M. Le Dentu. Le rapport de M. Monod me fournit l'occasion de mettre sous vos yeux une très belle aquarelle, due au pinceau de Léveillé, et faisant partie de la collection de M. Voillemier. Elle représente trois pierres enkystées, dont deux sont comme appendues à la paroi de la vessie avec la loge à goulot très étroit qui les contient, et dont la troisième se voit par transparence du côté de la face interne de la vessie, à travers la muqueuse extrêmement amincie.

Il saute aux yeux que toute tentative d'extraction échouerait, si un opérateur rencontrait des dispositions semblables, et ce serait un pur hasard s'il reconnaissait qu'une pierre est séparée seulement de la cavité vésicale par une membrane amincie, et s'il lui était possible d'inciser cette dernière et de dégager le calcul.

J'ai abordé l'étude des pierres enchatonnées et enkystées dans le volume que j'ai publié pour faire suite aux maladies de l'urèthre étudiées par M. Voillemier : d'abord, dans un chapitre étendu consacré aux cellules et aux poches vésicales (p. 315-324), ensuite, dans l'article relatif aux pierres (p. 494). On y trouve résumées les idées de Morgagni, de Houstet, de Deschamps, de Chopart et de quelques auteurs modernes sur le sujet; on y trouve aussi une

distinction fondamentale entre les pierres enkystées et les pierres simplement enchatonnées, d'une importance capitale au point de vue opératoire.

Dans le premier de ces chapitres a été insérée sous la forme d'une gravure sur bois, la planche que je viens de vous montrer.

2° M. Pozzi présente une pièce relative à un calcul vésical enchatonné longtemps toléré, devenu libre subitement et ayant alors donné lieu à des accidents aigus.

Cette pièce a été recueillie à Sainte-Périne en février 1872. Il s'agissait d'un vieillard de 88 ans, qui n'avait jamais présenté d'accidents sérieux du côté des voies urinaires. Il était entré quatre fois seulement à l'infirmerie dans les deux dernières années, et chaque fois pour des bronchites; il ne s'était plaint qu'incidemment et très peu des voies urinaires : les accidents consistaient simplement en des envies fréquentes d'uriner, sans catarrhe vésical et sans hématurie.

Vers la fin du mois de décembre 1881, sans cause appréciable, des accidents très intenses se manifestèrent : mictions pénibles, très fréquentes, urines troubles, purulentes, hématuries, douleurs. Il est envoyé à l'infirmerie. Le cathétérisme permet d'arriver aussitôt sur un calcul qui est manifestement mobile. Les accidents s'aggravent et marchent si rapidement, que toute intervention est empêchée. Il meurt avec des phénomènes urémiques.

A l'autopsie, on trouve un calcul du volume d'une bille à jouer, hérissé d'aspérités mûriformes, très dur, *parfaitement libre* dans la vessie. Celle-ci est très hypertrophiée. Elle présente à la partie latérale gauche, en dehors du bas-fond, une poche à parois épaisses et dont le collet est remarquablement épais et d'aspect froncé comme les bords d'une bourse. Il est possible, avec un très léger effort, d'y introduire le calcul qui y demeure alors tout à fait fixé.

Les reins offraient un léger degré de néphrite interstitielle.

En présence des résultats de l'autopsie rapprochés des phénomènes cliniques, il est impossible de méconnaître que ce calcul, demeuré latent durant si longtemps parce qu'il était enchatonné, est devenu subitement libre et a alors donné lieu aux phénomènes graves auxquels le malade a succombé.

C'est un exemple frappant d'une particularité pathologique très rare, comme l'a dit M. Monod dans son rapport.

Discussion.

M. Monod. J'ai cherché à bien établir, dans mon rapport, la distinction entre les *calculs enkystés* et les *calculs enchatonnés*. Ces

derniers ont, pour caractère essentiel, d'avoir un collet, ce qui est parfaitement démontré par l'observation intéressante de M. Le Dentu.

La pièce de M. Pozzi a aussi de l'intérêt au point de vue de la variété, dite *calcul migrateur*. Cette pierre qui, jusqu'à un moment donné, ne fournit pas de symptômes, accuse au contraire des signes, de toute évidence, au moment où elle sort de sa loge : dans les corps enchatonnés on peut, jusqu'à un certain point, débrider le collet du calcul, et celui de la pièce de M. Pozzi était très épais, pour désenchatonner le corps étranger.

M. Le Dentu est d'accord avec M. Monod. Dans les calculs enchatonnés, l'orifice de communication est très étroit. Les anciens observateurs ont vu des calculs migrateurs. Chopart, Deschamps, Houstet en ont publié : il est regrettable qu'on ne connaisse pas plus d'exemples modernes.

Rapports.

M. Reclus lit un rapport sur un travail de M. Paul Segond, intitulé : *Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et péri-prostatiques.*

Je viens vous rendre compte d'un mémoire lu, il y a quelques semaines, par le Dr Paul Segond, sur les avantages de l'incision périnéale dans le traitement des collections purulentes prostatiques et péri-prostatiques.

Dans ce mémoire fort consciencieux et du plus vif intérêt, M. Segond nous montre d'abord, par l'analyse d'un très grand nombre d'observations, que l'incision classique des abcès de la prostate, celle qui se pratique au niveau de la paroi antérieure de l'ampoule rectale, est passible de quatre objections très graves : 1° on ne peut appliquer, à ce niveau, les nouveaux pansements, de telle sorte que la plaie reste soumise à toutes les chances des infections septiques; 2° l'ouverture est presque toujours insuffisante, et l'écoulement du pus se fait mal; 3° des chirurgiens, même fort habiles, ont ouvert de gros vaisseaux et provoqué des hémorrhagies inquiétantes: 4° enfin, l'incision rectale, trop souvent insuffisante, n'empêche pas toujours la formation d'une seconde ouverture vers l'urèthre; de là, ces fistules uréthro-rectales dont on connaît l'incurabilité trop fréquente.

Par contre, et comme corollaire, M. Segond nous montre, dans la seconde partie de son mémoire, que l'incision périnéale échappe

à tous ces inconvénients. Deux observations personnelles fort bien prises, prouvent qu'on a pu appliquer avec succès un pansement antiseptique; que l'ouverture large et très déclive a pu permettre un facile écoulement du pus; le chirurgien agissait avec la même sécurité que dans la taille prérectale de Nélaton; l'hémorrhagie n'est donc pas à craindre. Enfin, la fistule uréthro-rectale est souvent évitée; il pourrait bien se faire une fistule uréthro-périnéale, mais elle a des chances de guérir spontanément.

De ce parallèle découle une conclusion rigoureuse : on n'imitera pas les anciens chirurgiens qui n'ouvraient les abcès prostatiques, au niveau du périnée, que lorsque la collection purulente s'était spontanément dirigée de ce côté, après avoir perforé l'aponévrose moyenne; on incisera délibérément le plancher périnéal si le pus ne s'est pas évacué par l'urèthre, et l'on évitera ainsi les inconvénients signalés plus haut.

Nous proposons à la Société : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur et de le classer dans un rang honorable sur la liste de présentation, lorsque nous serons appelés à élire un membre titulaire; 2° d'inscrire dans nos bulletins ce mémoire aussi court que substantiel.

Les conclusions proposées par M. Reclus sont mises aux voix et adoptées.

Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques, par M. Paul Segond.

Il est une catégorie nombreuse d'abcès prostatiques pour laquelle l'opportunité d'une incision rectale ou périnéale ne se discute pas : l'abcès, généralement petit, pointe du côté de l'urèthre; le toucher rectal ne laisse percevoir aucun point ramolli ou fluctuant et, bientôt, la collection s'ouvre dans le canal. Cette évacuation est le plus souvent spontanée; parfois elle se produit pendant le cathétérisme; elle est alors accidentelle ou provoquée. Mais, je n'insiste pas; les faits de cet ordre sont classiques. Dans cette courte étude, je me propose uniquement d'attirer l'attention sur la meilleure conduite à suivre en présence des abcès prostatiques qui font saillie du côté du rectum ou du périnée et qui nécessitent l'intervention du bistouri.

En pareil cas, voici les préceptes auxquels on se conforme d'habitude : si le périnée a conservé sa souplesse et son intégrité, si l'abcès pointe seulement en arrière vers l'intestin, on le ponctionne par le rectum. Quant à l'incision par le périnée, elle est réservée pour les cas rares où le phlegmon péri-prostatique envahit

nettement cette région. Aussi bien n'ai-je pu relever, sur un total de 102 observations relatées dans ma thèse inaugurale, que 10 exemples d'abcès prostatiques ouverts par le périnée. L'incision périnéale est donc une opération d'exception. La ponction par le rectum jouit au contraire d'une grande faveur et constitue, pour un grand nombre de chirurgiens, l'opération de choix dans le traitement des abcès prostatiques qui font saillie du côté de l'intestin. Cette manière de penser et de faire est-elle légitime? Je ne le crois pas, et je voudrais montrer que l'incision rectale des abcès de la prostate est une opération parfois dangereuse, souvent infidèle et presque toujours inférieure à l'incision par le périnée.

L'incision des abcès prostatiques par le rectum s'exécute en général de la manière suivante : le malade étant placé comme pour l'opération de la taille périnéale, l'opérateur introduit jusqu'au point fluctuant son index gauche préalablement enduit de vaseline et prend, de la main droite, un bistouri dont la pointe cachée par une boulette de cire est en outre limitée par quelques tours d'une bandelette de diachylon. Il glisse alors l'instrument à plat le long de son index gauche, puis, abaissant le manche et relevant la pointe que la pulpe de l'index gauche pousse et dirige, il incise la poche fluctuante. Cette opération a sans doute donné des succès et j'en ai moi-même publié 11 exemples empruntés à la pratique de mon maître, M. Guyon; mais, à mon avis, les imperfections de ce mode d'ouverture n'en sont pas moins certains.

Pratiquée suivant les règles que je viens de rappeler, l'incision des abcès prostatisques par le rectum reste forcément petite; c'est, à vrai dire, une simple ponction; elle ne permet ni lavage ni drainage du foyer purulent et le met en communication avec l'intestin; elle ne présente, en conséquence, aucune garantie sérieuse au point de vue du libre écoulement du pus et de l'antisepsie du foyer opératoire. Elle est, en outre, dangereuse pour le présent, en exposant aux hémorrhagies les plus inquiétantes; elle est, enfin, compromettante pour le pronostic d'avenir. On sait, en effet, qu'un abcès incisé par le rectum peut néanmoins s'ouvrir ensuite dans l'urèthre, et, dans ces conditions, on peut dire que l'opération a tout au moins favorisé la production d'une fistule uréthro-rectale trop souvent incurable.

Ce ne sont point là de simples vues de l'esprit. Je pourrais citer ici nombre d'observations dans lesquelles l'amélioration consécutive à la ponction d'un abcès prostatique par le rectum est bientôt troublée par le retour des symptômes locaux, par l'extension de la phlegmasie ou par une aggravation de l'état général; tous phénomènes qui relèvent à coup sûr d'un écoulement impar-

fait du pus, de sa rétention et des altérations septiques qui en résultent. Les faits de ce genre sont d'observation presque journalière dans la pratique des maladies des voies urinaires. Aussi puis-je me contenter de les signaler sans plus de détails. Je ferai de même pour les exemples bien connus de fistules uréthro-rectales qui se constituent malgré l'ouverture précoce des abcès prostatiques dans le rectum.

Quant aux hémorrhagies consécutives à la ponction des abcès prostatiques par le rectum, on les observe plus rarement; mais voici trois faits qui démontrent leur existence et leur gravité parfois redoutable. Chez un opéré de M. Guyon dont j'ai publié l'observation (Th. doct. 1883), il a fallu recourir au tamponnement rectal pour arrêter un écoulement sanguin *des plus inquiétants.* M. Le Dentu a relaté un cas analogue dans son *Traité des maladies des voies urinaires.* Plus récemment enfin, M. Guiard (*Annales des mal. des org. genito-urinaires,* 1883, t. I, p. 455) a reproduit l'histoire d'un malade chez lequel l'hémorrhagie consécutive à l'incision rectale d'un abcès prostatique fut assez abondante pour faire tomber, en quelques heures, la température axillaire de 39° à 36°.

Je sais bien qu'en agissant avec prudence, on a des chances sérieuses d'éviter pareil accident; en limitant la ponction au point fluctuant, en vérifiant par un toucher attentif l'absence de toute pulsation à son niveau, l'hémorrhagie n'est guère à craindre. Et, cependant, elle peut encore se produire; l'observation de M. Guiard le prouve d'autant mieux que l'opération avait été pratiquée par M. Guyon lui-même, avec tout le soin désirable. La quantité de sang perdu n'a pas moins été « considérable » et la vie du malade « sérieusement menacée ». L'exiguïté de la ponction, l'absence de battements à son niveau ne sont donc pas des garanties formelles. L'emploi d'un spéculum pour mettre à découvert le champ opératoire ne donnerait pas beaucoup plus de sécurité. En tous cas, la richesse vasculaire de la région est telle et les difficultés de l'hémostase si réelles, que, pour être prudente, l'incision devrait toujours rester petite, c'est-à-dire insuffisante.

La conclusion légitime à tirer de ces premières considérations me paraît être que l'incision rectale des abcès prostatiques est une opération insuffisante, septique et dangereuse.

Tout autres sont les caractères de l'incision périnéale.

Pour inciser les abcès de la prostate par le périnée, on a eu parfois reçours à des incisions courtes ou même à de simples ponctions (Voir Otto Stall, *Zur pathologie und therapie des acuten prostataabscesses.* Zurich, 1877). Cette pratique est incapable d'assurer l'écoulement du pus, elle est par conséquent mauvaise.

A mon sens, pour que l'incision périnéale réalise les meilleures conditions de succès, elle doit être étendue et transversale. Elle doit, en un mot, répondre trait pour trait au premier temps de la taille prérectale de Nélaton. Le malade étant placé dans la position classique, il faut inciser la peau comme on le fait d'habitude dans cette dernière opération, puis, sectionner les tissus couche par couche *dans toute l'étendue de la plaie cutanée* jusqu'à ce que l'on ait reconnu le bulbe et coupé les fibres les plus antérieures du sphincter anal. Cela fait, il est prudent de laisser le bistouri pour la sonde cannelée. Le bulbe est repoussé en avant, et décollant pour ainsi dire la paroi antérieure du rectum, on chemine facilement jusqu'au foyer purulent que jalonne l'index de la main gauche, introduit dans le rectum dès le début de l'opération.

Lorsque l'abcès est volumineux, il se laisse très vite atteindre. Lorsqu'il est petit ou très haut situé, l'index gauche peut faciliter le travail de la main droite en accrochant pour ainsi dire le bord supérieur de la prostate pour l'abaisser vers le périnée. Le pus une fois écoulé, il faut s'assurer, en portant le doigt au fond de la plaie, que la brèche faite à la poche purulente offre des dimensions convenables et qu'il n'existe pas de clapiers secondaires. Les abcès de cette région sont parfois des abcès en bouton de chemise avec poche intra-prostatique. Dans nombre de cas, les phlegmons périprostatiques offrent eux-mêmes des foyers de suppuration multiples. Tous ces détails ne doivent pas être oubliés sous peine de faire une opération imparfaite. Durant toutes les manœuvres nécessitées par la recherche et l'évacuation du pus, l'index gauche, toujours à demeure dans le rectum, permet d'éviter sûrement toute lésion de la paroi intestinale. L'opération terminée, on lave la plaie avec la solution phéniquée forte, on assure l'hémostase qui du reste s'effectue d'elle-même en général, puis on place un drain de caoutchouc rouge de telle façon que son extrémité plonge dans le foyer purulent. La plaie est ensuite bourrée avec des boulettes de gaze iodoformée et le tout est maintenu par une épaisse couche de coton hydrophile et un bandage en T.

Exécutée dans ces conditions, l'incision des abcès de la prostate par le périnée offre une série d'avantages qui me semblent dignes d'attirer l'attention.

L'opération est large et réunit toutes les conditions favorables au libre écoulement du pus. Pratiquée à ciel ouvert, elle permet de mettre en œuvre toutes les ressources de la chirurgie antiseptique et, dans les cas où l'abcès est de nature tuberculeuse, elle donne le précieux avantage do pouvoir exercer une action directe sur ses parois par le grattage et l'application consécutive d'un topique ap-

proprié. Exécutée à temps, elle évite le plus souvent l'ouverture spontanée de l'abcès dans le rectum, et si par malheur le pus se fraye dans la suite un passage du côté de l'urèthre, elle substitue, pour ainsi dire, une fistule uréthro-périnéale à la fistule uréthro-rectale qui n'aurait pas manqué de se produire en cas de ponction rectale ou d'abandon de l'abcès à lui-même. En d'autres termes, l'incision périnéale, envisagée à ce dernier point de vue, permet de substituer une lésion souvent curable à une lésion fréquemment incurable. Il est enfin certain que l'opération ne présente aucun danger au point de vue d'une hémorrhagie possible et, si par exception, pareil accident survenait, rien ne serait plus simple que d'y parer vite et sûrement. Quant aux suites de l'intervention, il suffit d'être soigneux et antiseptique pour les rendre aussi bénignes que possible.

En résumé et par opposition à la ponction rectale dont l'insuffisance, la septicité et les dangers ne me semblent pas contestables, on peut dire, à mon avis, que l'incision périnéale est une opération complète, antiseptique, simple et exempte de tout danger. Le choix entre les deux méthodes me paraît donc aisé, et j'estime que dans la majorité des cas, on doit préférer l'incision périnéale à la ponction rectale dans le traitement des suppurations prostatiques justiciables de l'une ou l'autre de ces deux opérations.

A l'appui de cette manière de voir, je pourrais citer un certain nombre de faits probants. J'ai publié dans ma thèse l'observation curieuse d'un fusilier de 20 ans, sur lequel Lallemand pratiqua une véritable taille bilatérale, pour évacuer un vaste foyer prostatique déjà ouvert dans l'urèthre. La guérison survint au bout de quelques semaines. Demarquay a plusieurs fois incisé avec succès les abcès de la prostate par le périnée. M. Guyon a récemment guéri deux malades par cette méthode. Mais, ce serait trop donner d'extension à cette communication que de reproduire ici le détail de ces observations et de quelques autres dont j'ai connaissance. Au surplus, dans la plupart des faits publiés, l'envahissement du périnée par le phlegmon est spécifié, et l'incision à ce niveau est, dès lors, bien naturelle. Or, ce que je voudrais surtout démontrer, c'est que cette incision constitue l'opération de choix, alors même que le périnée reste indemne et que tous les phénomènes phlegmoneux sont localisés au-dessus du ligament de Carcassonne. Je me bornerai donc à faire connaître deux observations personnelles et très probantes, me semble-t-il à ce dernier point de vue.

La première a trait à un homme de 27 ans, atteint d'un très volumineux abcès de la prostate spontanément ouvert dans l'urèthre, mais toujours tendu, cruellement douloureux et très fluctuant du côté du rectum. Malgré l'intégrité du périnée, malgré l'amincisse-

ment de la muqueuse rectale qui permettait d'affirmer la production prochaine d'une fistule uréthro-rectale, j'ai pratiqué l'incision périnéale. Le résultat a pleinement répondu à mon attente, l'abcès ne s'est pas fait jour dans le rectum et, au bout d'un mois, la cicatrisation était complète.

La deuxième observation concerne un jeune médecin étranger, auprès duquel j'ai été appelé en décembre 1884, par mon élève et ami M. Lannois. Chez notre confrère, il s'agissait d'un phlegmon périprostatique fluctuant du côté du rectum et fort étendu, mais sans aucune tendance à fuser du côté du périnée. Cette fois encore, j'ai obtenu la guérison prompte et complète par une large incision périnéale. Mais avec cette particularité que peu de jours après l'opération, il s'est formé au sein de la plaque phlegmoneuse périprostatique un nouveau foyer purulent dont le contenu s'est déversé spontanément et *sans nouvelle intervention* dans l'incision périnéale. En conséquence, je puis affirmer que si j'avais eu recours à la ponction rectale, j'aurais été conduit à faire une deuxième et peut-être une troisième opération.

Ce qui donne de l'intérêt à ces deux faits, ce n'est donc pas seulement la perfection du résultat, c'est aussi le rôle que l'incision périnéale a joué pour empêcher la formation d'une fistule uréthro-rectale dans le premier cas, et pour éviter dans le deuxième, la nécessité d'une nouvelle intervention.

Voici le détail de ces deux observations recueillies et rédigées par M. Launais :

OBSERVATION I. — *Abcès de la prostate spontanément ouvert dans l'urèthre et phlegmon périprostatique. — Incision périnéale. — Guérison.*

C..., employé de bureau, 27 ans, entré à l'hôpital Necker le 22 juillet 1884, salle Saint-André, lit n° 21 (service de M. Guyon, suppléé par M. Paul Segond). Le malade est vigoureux et sans tare constitutionnelle. En 1877, première blennorrhagie. Persistance d'un écoulement chronique pendant un an. Le 15 juin 1884, quatre jours après un coït suspect, nouvel écoulement purulent pendant huit jours, le malade se contente de prendre des bains et des tisanes émollientes, puis, on lui prescrit une mixture composée de copahu, de cubèbe et de goudron. Au bout de dix jours de ce traitement, on veut activer la guérison par des injections de permanganate de potasse. Le malade se les pratique lui-même et « pour se guérir plus vite » il pousse le liquide avec violence. Après trois jours de ce nouveau régime, une douleur vive et lancinante se manifeste au niveau de l'anus avec sensation de pesanteur très accusée. Malgré l'usage des cataplasmes et l'application d'un vésicatoire, les symptômes s'aggravent, la marche devient im-

possible, les mictions très difficiles et, 20 jours après le début des douleurs ano-périnéales, le malade se fait recevoir à l'hôpital Necker.

A son arrivée, M. Segond, guidé par l'ensemble caractéristique des symptômes fonctionnels, pratique le toucher rectal et reconnaît, au niveau de la prostate, une tumeur très volumineuse et fluctuante dans presque toute son étendue. Au centre de cette tumeur, la muqueuse rectale très amincie menace de se rompre. Il existe enfin, à la périphérie de la zone fluctuante un empâtement phlegmoneux, diffus et très étendu. En pressant sur la tumeur, on fait écouler une certaine quantité de pus par l'urèthre; mais, la communication uréthrale qui paraît exister depuis deux jours est sans doute bien étroite, car la poche est toujours très étendue et très douloureuse. L'empâtement phlegmoneux périphérique atteste d'ailleurs que les lésions sont en voie d'extension. Il existe au-devant de l'anus un point douloureux à la pression, mais les tissus du périnée sont souples.

Dans ces conditions, le diagnostic n'est pas douteux, il s'agit d'une prostatite phlegmoneuse diffuse, avec communication uréthrale du foyer et certitude d'une ouverture prochaine dans le rectum.

Une intervention immédiate est jugée nécessaire. Le malade est endormi et M. Segond pratique au niveau du périnée une incision courbe allant d'un ischion à l'autre et passant à un bon centimètre au-devant de l'anus. Se guidant sur l'index gauche préalablement introduit dans le rectum, il chemine jusqu'au foyer purulent qui se laisse bientôt atteindre et le pus s'écoule en assez grande quantité. Le toucher profond de la plaie ayant fait reconnaître l'existence d'un clapier intra-prostatique communiquant avec le foyer périprostatique, l'orifice de communication est largement agrandi à l'aide du doigt. La plaie est ensuite soigneusement lavée, drainée et bourrée de gaze iodoformée. Une épaisse couche de coton hydrophile et un bandage en T terminent le pansement.

La détente est immédiate. Le jour même, les douleurs cessent, la miction s'effectue facilement et la température descend à la normale. Aucun phénomène ne vient troubler la guérison de cet opéré, le drain est enlevé vers le dixième jour, la circulation s'effectue peu à peu des parties profondes vers les parties hypertrophiées et le malade quitte l'hôpital le 31 août complètement guéri.

Obs. II. — *Phlegmon périprostatique. — Incision périnéale. — Guérison.*

M. le Dr R..., âgé de 24 ans, s'est toujours bien porté. Au mois d'octobre dernier, il remarque l'existence d'un léger écoulement uréthral à peu près indolent. Deux injections uréthrales sont faites à l'aide d'une poire en caoutchouc chargée d'une solution faible de permanganate de potasse. L'écoulement disparaît, mais il survient des accidents fébriles à caractère intermittent. L'accès quotidien commence vers deux heures de l'après-midi, s'accompagne d'une élévation considérable de la température (40°) et se termine par une sudation plus ou

moins abondante vers minuit. Quelques grammes de sulfate de quinine font disparaître ces accès fébriles en quelques jours. Il survient alors une hématurie légère qui est cependant combattue par l'ergotine. La miction reste peu fréquente et non douloureuse. Toutefois, des douleurs assez aiguës, intermittentes, se manifestent bientôt du côté du rectum et du périnée.

Le 21 décembre 1884, six sangsues sont appliquées au périnée. Malgré le chloral et la morphine les douleurs deviennent de plus en plus aiguës et le ténesme rectal intolérable. Le pouls est fréquent et le sommeil impossible. La miction reste peu douloureuse, l'urine toujours claire ne contient ni sang, ni pus. M. Launais est appelé dans la soirée du 22. L'interrogatoire et le toucher ne laissent aucun doute sur l'existence d'une prostatite phlegmoneuse. Les suppositoires opiacés, les calmants, les cataplasmes, un grand bain n'amènent aucun soulagement et le 23, la douleur est atroce et l'état général grave. M. Paul Segond est alors appelé. Le doigt introduit dans le rectum reconnaît l'existence d'une tuméfaction énorme du lobe droit de la prostate, avec fluctuation à la partie moyenne et induration de toute la zone périprostatique du côté droit. Le lobe gauche n'est que peu augmenté de volume. La pression sur la glande est très douloureuse et ne provoque aucun écoulement purulent par le canal. Le périnée est souple. Séance tenante, le malade est chloroformé et placé dans la position de la taille périnéale. Incision prérectale suivant la ligne bi-ischiatique. L'index gauche introduit dans le rectum pendant toute la durée de l'opération fait saillir la prostate vers le périnée. Après la section des fibres antérieures du sphincter anal, les couches profondes sont dilacérées avec l'index droit ou la sonde cannelée et bientôt, on pénètre dans un vaste foyer en rapport avec le lobe droit de la prostate. Toutes les précautions antiseptiques sont observées. Comme dans le cas précédent, l'écoulement sanguin est insignifiant et ne nécessite aucune ligature. Lavage de la plaie. Drainage et pansement à l'iodoforme.

Le soulagement est immédiat et les douleurs disparaissent complètement. Ce bien-être persiste pendant deux jours, mais, le troisième apparaissent de nouveaux accidents. La douleur est très vive et le toucher permet de constater que la plaque phlegmoneuse est toujours très étendue. M. Launais s'assure que le trajet périnéal est bien libre et fait le pansement comme d'habitude. Dans la nuit qui suit, la surexcitation du malade est extrême, il se lève, s'accroupit et fait des efforts de défécation. Un flot de pus s'écoule alors par l'incision périnéale et cet écoulement persiste avec abondance pendant plusieurs heures. Le soulagement est instantané et cette fois les douleurs disparaissent pour ne plus revenir. Les pansements à l'iodoforme sont ensuite faits régulièrement, l'état général s'améliore rapidement et le 23 janvier la cicatrisation est complète. Le Dr R..., a retrouvé toutes ses forces, il passe la nuit au bal et part quelques jours après pour le Tyrol. (J'ai revu tout récemment le Dr R..., sa guérison ne s'est pas démentie, son périnée est souple et la cicatrice insignifiante.)

M'autorisant de ces deux faits et des considérations qui les précèdent, je terminerai cette étude par les conclusions suivantes :

I. — L'incision des abcès de la prostate par le rectum est une opération passible de quatre objections principales : elle s'exécute sans précautions antiseptiques; elle est insuffisante; elle est enfin dangereuse pour le présent par les hémorrhagies qu'elle peut engendrer et dangereuse pour l'avenir en favorisant la production d'une fistule uréthro-rectale trop souvent incurable.

II. — L'incision prérectale ne présente aucun de ces désavantages. Elle permet, en effet, l'application rigoureuse des règles de l'asepsie; elle assure le parfait écoulement du pus; elle éloigne toute crainte d'hémorrhagie; et, lorsque l'abcès communique avec l'urèthre actuellement ou plus tard, elle diminue la gravité du pronostic d'avenir en évitant la production d'une fistule uréthro-rectale par la création d'une fistule uréthro-périnéale.

III. — L'incision large par le périnée, pratiquée suivant les règles que j'ai données, est donc l'opération de choix dans le traitement des suppurations prostatiques ou péri-prostatiques qui ont de la tendance à s'ouvrir ailleurs que dans l'urèthre. On doit y recourir alors même que le périnée est souple et que les lésions sont localisées au-dessus de l'aponévrose moyenne.

Cette opération constitue également une ressource précieuse dans une série de cas graves et invétérés, caractérisés par la présence de clapiers ou de véritables cavernes prostatiques communiquant avec l'urèthre par une ouverture insuffisante pour permettre le libre écoulement du pus et la cicatrisation des foyers purulents.

M. Monod lit un rapport sur une observation de : *Kyste congénital du cou*, adressé par M. Dubar (de Lille).

J'ai été chargé de vous rendre compte d'une observation de kyste congénital du cou, qui vous a été adressée par M. le Dr Dubar, chirurgien des hôpitaux de Lille.

I

Je résume d'abord le fait.

Il s'agit d'une petite fille âgée de 9 ans que j'avais eu occasion de voir et de soigner à Paris au mois de juin 1882. Elle m'avait été amenée par sa mère pour une petite tumeur de la région sous-thyroïdienne, grosse comme une petite noisette, qui avait été aperçue pour la première fois un an environ auparavant.

Soupçonnant, en raison de l'âge de l'enfant et du siège de la tu-

meur, un kyste d'origine congénitale, je voulus préalablement, par une ponction, essayer de vérifier cette hypothèse.

Le liquide ainsi obtenu était incolore, visqueux, analogue à du blanc d'œuf non cuit. C'était, en effet, une présomption en faveur d'un kyste congénital. Je n'en essayai pas moins, — un peu sur le désir des parents qui redoutaient une opération sanglante, — de détruire la tumeur à l'aide d'une cautérisation. Mais je me servis d'un caustique énergique, le chlorure de zinc déliquescent, conseillé par M. Th. Anger pour le traitement de la grenouillette. J'en fis pénétrer deux gouttes dans l'intérieur de la poche, à l'aide d'une seringue de Pravaz. Le résultat immédiat dépassa mon attente. Une réaction vive se produisit, et la peau elle-même se mortifia sur une étendue égale à celle d'une pièce de 20 centimes en argent.

Cette escharre cutanée, qui se continuait avec la paroi du kyste mortifiée elle-même, forma une masse qui fut lente à se détacher.

Un mois plus tard cependant, la petite plaie profonde, qui résultait de l'élimination des escharres, était complètement comblée. Quelques jours plus tard, la cicatrisation était complète, il n'y avait plus trace appréciable de la tumeur, la guérison paraissait absolue.

Tout alla bien pendant 6 mois; mais dès le mois de février 1883, la mère de l'enfant, qui avait quitté Paris pour aller habiter Lille, m'écrivait qu'une nouvelle petite tumeur paraissait se reproduire un peu au-dessus de la précédente.

Ce ne fut cependant qu'au mois de décembre de la même année que la récidive fut évidente. M. Dubar, consulté, décrit comme suit les caractères de la tuméfaction :

« Sur la partie antérieure du cou, au niveau du cartilage thyroïde, existe une tuméfaction recouverte par une peau saine, sans changement de coloration, offrant seulement une cicatrice presque linéaire, transversale, de deux centimètres environ. La palpation permet de constater que la tumeur est placée sur le côté droit du cartilage thyroïde et sur le bord antérieur de ce cartilage, empiétant à peine sur le côté gauche. La peau un peu tendue peut être néanmoins plissée sur la tumeur, excepté au niveau de la cicatrice qui est adhérente. En saisissant la tumeur entre les doigts, on arrive à la déplacer de bas en haut et latéralement sur le cartilage. Son volume est celui d'une grosse amande. Sa consistance est assez ferme et néanmoins fluctuante. En cherchant à la limiter dans tous les sens, on constate que de son extrémité supérieure, qui correspond à peu près au bord supérieur du cartilage thyroïde, se détache un cordon de la grosseur d'une petite plume d'oie. Celui-ci remonte audevant de la membrane hyo-thyroïdienne et

semble venir s'attacher au bord inférieur de l'os hyoïde. Rien de pareil ne se remarque à l'extrémité inférieure de la tumeur. »

M. Dubar recherche si la tumeur, par l'intermédiaire de ce prolongement, avait communiqué ou communiquait actuellement avec le pharynx. Aucun caractère fonctionnel ou physique ne permettait de le supposer. Des pressions réitérées n'amenaient aucun changement de volume appréciable. Si donc le prolongement supérieur de la tumeur était canaliculé, un cul-de-sac existait sans doute à une hauteur impossible à déterminer.

On voit que c'était dans le sens du kyste congénital, d'origine branchiale, que M. Dubar dirigeait ses investigations.

Il n'était pas douteux, en effet, en tenant compte de ce qui avait été antérieurement observé par moi-même, que tel était le diagnostic qu'il convenait de poser. Quelque portion de la poche avait échappé à la cautérisation et avait été le point de départ de la reproduction de la tumeur.

Il était non moins évident qu'une extirpation précédée d'une dissection minutieuse de la tumeur et de son prolongement, était le seul mode d'intervention auquel on pût songer.

Ce fut l'opinion que je formulai à la demande de M. Dubar, qui avait bien voulu m'écrire à ce sujet et prendre mon avis.

Il se trouva que le sien était absolument conforme, et, le 12 janvier 1884, il procédait à l'opération.

La peau, incisée en croix et détachée de la surface de la tumeur, celle-ci fut dégagée avec soin des parties voisines. Cette dissection fut rendue un peu difficile par suite de l'inflammation périphérique et de l'induration des tissus voisins qui avaient succédé à la cautérisation antérieure. Il parut cependant qu'elle était complète. Le prolongement supérieur en particulier, long de 5 à 6 millimètres, fut poursuivi jusque derrière l'os hyoïde auquel il n'adhérait que médiocrement.

Dix jours plus tard, la petite plaie était cicatrisée, et une fois encore la guérison sembla complète.

Mais déjà, au bout de trois mois, la cicatrice sur un point commençait à s'élargir, puis à se laisser distendre, arriver à bomber comme un verre de montre. En déprimant avec le doigt cette partie saillante, on reconnaissait qu'elle était constituée par une pellicule saillante, paraissant reposer sur une couche liquide.

Quelques jours plus tard, la saillie s'effaissait d'elle-même; mais sur ce point de la pellicule on apercevait un petit pertuis par où le liquide avait dû s'échapper.

On eut bientôt la preuve que les choses s'étaient bien passées de la sorte. La saillie ne tarda pas en effet à se reproduire. M. Dubar, en piquant la pellicule cicatricielle avec un bistouri, put faire

écouler en dehors un liquide filant analogue à du blanc d'œuf.

Il n'était donc pas douteux qu'une parcelle de la tumeur avait échappé, et qu'une nouvelle récidive se produisait.

M. Dubar n'hésita pas à y couper court à l'aide d'une opération nouvelle (26 juin 1884).

Circonscrivant la petite saillie susdite par deux incisions courbes, il l'enleva complètement avec la partie indurée sur laquelle elle reposait.

La réunion fut immédiate. La guérison put cette fois être considérée comme définitive. La malade, en effet, a été plusieurs fois revue depuis un an. Jamais il n'y a eu trace de récidive.

II

Il s'agit là en somme d'un fait de connaissance aujourd'hui vulgaire. Je n'insisterai donc pas, après tant d'autres, ni sur le siège habituel de ces kystes, ni sur l'origine bien connue, ni même sur la nécessité, qui ne fait doute pour personne, d'une ablation absolument complète pour que le malade soit définitivement à l'abri de toute crainte de récidive.

L'intérêt de l'observation de M. Dubar réside surtout dans l'examen histologique soigneux qu'il a fait de la tumeur enlevée. On trouve dans certains détails de cette étude l'explication des deux récidives qui se sont produites.

Je reproduis intégralement le passage de la note de M. Dubar, sur lequel il donne le résultat de son examen microscopique :

« Celui-ci fait, dit-il, sur un nombre considérable de coupes à toutes les hauteurs me montra :

« 1° La paroi formée par des faisceaux assez volumineux du tissu fibreux. En se rapprochant de la cavité, ces faisceaux diminuent de volume ; ils sont remplacés par des fibres du tissu conjonctif entre lesquelles on voit de nombreuses cellules embryonnaires ;

« 2° Sur la paroi même de la cavité se montrent de nombreuses franges, sortes de villosités ayant la structure des bourgeons charnus. La limite de ces franges et des espaces en retrait qui les séparent est nettement dessinée par un mince liséré d'aspect grisâtre ;

« 3° A la partie supérieure de la tumeur proprement dite, les franges disparaissent et font place à un revêtement épithélial incomplet, mais assez caractéristique. Il est formé par une seule couche de cellules cylindriques sans cils vibratiles ;

« 4° Il en est de même dans la première partie du cordon qui prolonge la tumeur par un hardi revêtement épithélial ici complet, cylindrique et paroi fibreuse. Au delà, il n'existe plus qu'un espace

virtuel dont les parois accolées ont une couche de cellules cylindriques. Puis il n'y a plus que des tissus conjonctifs, des faisceaux de tissus fibreux et quelques fibres musculaires. »

De cet examen, on pouvait conclure que l'on avait sous les yeux un kyste profondément modifié à la suite de l'injection du chlorure de zinc qui avait été faite dans sa cavité; en effet, sa paroi interne, dans la plus grande partie de son étendue, était transformée en tissu de bourgeons charnus.

L'accolement de ces bourgeons en un tissu solide ne s'était pas fait, parce que le revêtement épithélial, incomplètement détruit, avait continué à fournir un produit de sécrétion qui, en s'interposant, avait mis obstacle à l'adhésion des bourgeons.

La constitution du prolongement caudal supérieur de la tumeur était d'ailleurs telle qu'une injection caustique devait nécessairement amener ce résultat incomplet.

Il fut impossible à M. Dubar de faire pénétrer un stylet fin jusqu'à l'extrémité de ce prolongement; et, en effet, il put reconnaître au microscope qu'au delà d'un certain point la cavité de cet appendice n'était que virtuelle. Il était clair que les deux gouttes de liquide caustique déposées dans la cavité principale n'avaient pu pénétrer jusqu'au bout de ce prolongement pour y détruire l'épithélium contenu.

La première récidive était donc fatale. Et nous en venons à cette conclusion qu'en raison des particularités anatomiques que nous venons de signaler, l'injection caustique ne doit jamais être employée pour le traitement de kystes branchiaux. L'ablation au bistouri est nécessaire, seule elle peut être recommandée.

L'examen fait par M. Dubar, de la seconde petite tumeur de récidive, montre combien cette ablation doit être soignée, combien elle doit être large pour être suffisante.

Elle était essentiellement constituée par une petite masse fibreuse recouverte d'un épithélium cylindrique parfaitement mur. Mais, de plus, fait important à noter, de cette masse partaient deux cordons épithéliaux, pénétrant à une profondeur de deux à trois millimètres au milieu du tissu conjonctif ambiant, où ils se terminaient en cul-de-sac.

On pouvait ainsi surprendre le début d'une évolution qui aurait probablement abouti à la production d'une tumeur de récidive aussi volumineuse que la première, si une opération nouvelle n'y avait mis un terme.

De cet examen, M. Dubar conclut que la tendance si remarquable de ces kystes congénitaux à la récidive, paraît tenir non seulement à la constitution particulière de leur paroi et à leur revêtement épithélial, mais à la propriété qu'ils ont de pousser des

bourgeonnements épithéliaux à une certaine distance. Il est donc nécessaire, ajoute-t-il, quand on pratique l'ablation, de dépasser notablement, toutes les fois que cela est possible, les limites de la paroi kystique.

Cette remarque, qui s'appuie sur un fait bien observé, parait absolument vraie pour les tumeurs qui récidivent après une ablation incomplète, mais qui a nécessairement ouvert le kyste et permis l'expansion au dehors de l'épithélium contenu. Elle ne s'applique peut-être pas à l'extirpation d'un kyste intact, n'ayant subi encore aucune solution de continuité. Pour ceux-ci, une ablation exacte, mais limitée à la poche kystique elle-même, sera sans doute suffisante.

C'est la seule réserve que nous croyons devoir faire à l'opinion formulée par M. Dubar.

L'observation de M. Dubar ayant été presque tout entière reproduite dans mon rapport, je vous propose seulement :

1° De déposer son travail dans nos archives;

2° De lui adresser nos remerciements pour son intéressante communication.

Discussion.

M. Reclus. J'ai opéré une malade dans les conditions de la malade de M. Dubar. Il s'agissait d'une troisième récidive d'un kyste congénital. M. Denucé et M. Négrier avaient déjà fait deux opérations. Je crus avoir obtenu une guérison définitive, mais il n'en était rien : une nouvelle récidive se produisit. Il est probable que dans ma dissection j'avais laissé échapper un de ces prolongements épithéliaux dont parle M. Dubar.

M. Th. Anger. Si l'injection de chlorure de zinc ne réussit pas dans les cas analogues à celui de M. Dubar, c'est que la paroi de ces kystes est tapissée par une véritable muqueuse et que, par suite, la cautérisation en est très difficile. Du reste, j'ai conseillé des injections de chlorure do zinc seulement pour la grenouillette récente de l'adulte et non pour les kystes congénitaux du cou.

M. Tillaux. Les kystes sous-hyoïdiens sont, en effet, très difficiles à guérir; presque toujours la paroi de ces kystes s'enflamme et ils s'ouvrent au dehors, et l'ouverture ainsi produite reste indéfiniment fistuleuse. Nélaton disait que la guérison de ces fistules ne pouvait être obtenue qu'à la condition qu'elles fussent extraites dans leur totalité, ce qui se reconnaissait à ce que la partie enlevée se terminait en un cul-de-sac.

M. Monod. Le trajet de ces fistules, en effet, doit être disséqué

avec le plus grand soin; malheureusement, c'est là une chose qui n'est pas toujours facile. J'ai proposé de faciliter cette opération en remplissant la fistule à l'aide d'une matière coagulable qui la rendrait plus appréciable. Je crois que la dissection de la fistule sur la sonde cannelée vaut mieux que la dissection après injoction d'une matière coagulable.

Cette manière de voir est d'autant plus rationnelle que, dans la grande majorité des cas, la fistule étant toute petite, il est bien difficile d'injecter une quantité appréciable de matière.

Communication et présentation de pièce.

M. Gillette présente le moule Baretta d'une tumeur du sein, chez un homme de 64 ans, opéré à l'hôpital Tenon par le bistouri, et guéri en trois semaines, et il fait suivre cette présentation de quelques considérations sur les tumeurs du sein chez l'homme.

Tumeurs du sein chez l'homme.

M. Gillette. Les tumeurs du sein, chez l'homme, sont relativement assez rares, comparées à celles du sexe féminin; mais cependant, d'après la *Thèse d'agrégation*, 1872, de M. Horteloup, un assez grand nombre de cas ont été observés. M. Poirier, dans sa thèse inaugurale, plus récente, les a décrites avec soin.

Voici le moule d'une tumeur qui datait de six ans, et, n'étaient les hémorrhagies dont elle était le siège, par suite des ulcérations, cet homme n'aurait pas songé à se faire débarrasser de cette masse, de la grosseur d'une poire, allongée en forme de champignon irrégulier et mamelonné, car elle ne donnait lieu à aucune douleur locale, irradiée ou provoquée; on pouvait même frapper à sa surface sans que le malade s'en ressentît. Du côté du creux axillaire, une légère induration, mais pas de ganglion proprement dit.

L'opération par le bistouri n'offrit aucun incident à noter, les pansements ont été faits avec la *solution d'aseptol* au 1/100e, et après lavage avec la solution de chlorure de zinc au 1/20e; depuis le mois de janvier, j'ai fait un nombre considérable de pansements avec ce nouveau liquide antiseptique (aseptol), et, sauf quelques éruptions, qui parfois ont été très prononcées, et sauf le grand inconvénient que ce liquide a d'attaquer les instruments qui y sont plongés, j'ai eu à me louer des résultats que j'en ai obtenus.

La nature *histologique* de cette tumeur était celle du carcinome

fibreux (squirrhe). M. Gillet, mon interne, en a fait l'étude microscopique et a rencontré les particularités suivantes :

« Au-dessous du derme, les faisceaux de tissu conjonctif renferment des cellules, les unes allongées et solitaires, les autres arrondies et en groupe ; les mailles du stroma limitent des alvéoles larges contenant des cellules presque toutes arrondies à un ou plusieurs noyaux ; par le raclage et à l'état frais, on constate ces mêmes cellules, granuleuses, sans membrane d'enveloppe, unies ou pluri-nucléées. »

Le *carcinome fibreux* est, en effet, une des formes les plus fréquentes que l'on rencontre dans le sein, chez l'homme; mais cette variété me semble avoir cela de particulier qu'elle est peu active, qu'elle est moins grave que chez la femme, qu'elle évolue plus lentement du moins, qu'elle tend à se généraliser moins rapidement et qu'elle laisse, par conséquent, plus de temps à l'intervention chirurgicale. J'en ai observé 7 ou 8 cas de cette nature et tous avec les mêmes caractères. Tout récemment, un homme de 78 ans venait dans mon cabinet me consulter pour un néoplasme identique datant de six ou sept ans, ulcéré par place, mais ne donnant pas lieu à des hémorrhagies assez inquiétantes, de sorte que je refusai de l'opérer.

La récidive a lieu ici comme chez la femme, mais d'une façon moins maligne ; ainsi je viens d'opérer en ville un malade d'une quarantaine d'années, trois fois dans l'espace de deux ans. La première opération fut facile, la seconde nécessita le raclage de deux côtes, et, à la troisième opération, le néoplasme embrassant l'artère et la veine axillaires, je ne jugeai pas possible, dans le cours de l'opération, de pousser plus loin la dissection et il me fallut laisser une partie de la masse attenant au paquet vasculo-nerveux.

Il y a six mois que cette dernière opération est faite et l'évolution de la masse néoplasique restante se fait lentement mais finira par entraîner sans aucun doute la mort du malade.

Ces différences de caractères cliniques (moins de douleurs, moins d'irradiations, moins de tendances à l'envahissement des ganglions) et ces différences relatives à la récidive plus lente, chez l'homme, paraissent tenir certainement à ce que le sein est ici moins important que chez la femme dans tous ses éléments, au point de vue anatomique et physiologique. Il n'en est pas moins vrai que toutes ces tumeurs sont très malignes, que, par conséquent, elles assument tous les caractères graves qui leur sont propres et que nous devons, s'il y a indication, ne pas négliger d'en pratiquer l'ablation de bonne heure.

Présentation de pièces.

M. Lucas-Championnière présente deux pièces : l'une relative à l'*extirpation totale d'un kyste hydatique du bord inférieur du foie suivie de guérison;* l'autre à l'*extirpation du rein droit suppuré avec réunion par première intention et suivie également de guérison.*

1° Kyste hydatique du bord antérieur du foie. — Extirpation totale. — Guérison.

L'extirpation totale des kystes hydatiques du foie n'est pas très communément faite. On a fait beaucoup de bruit dernièrement à cause d'une opération de ce genre. M. Terrier, à ce propos, est venu nous dire qu'il l'avait pratiquée avec succès; je viens aujourd'hui vous montrer une pièce relative à un cas analogue, mais où les difficultés opératoires étaient très grandes.

L'opération a été suivie de guérison. La malade, opérée le 10 juillet, est rentrée depuis plusieurs jours dans la salle commune, et, le 21 juillet, je lui ai enlevé les derniers points de suture.

La nommée M. D..., âgée de 22 ans, couchée au n° 4, salle Boyer, à l'hôpital Tenon, m'avait été envoyée par mon collègue, M. Straus. Elle présentait dans le flanc droit une tumeur qui avait tous les caractères d'une tumeur du rein, d'un volume assez considérable.

La tumeur s'était développée rapidement sans provoquer beaucoup de douleur, aucun trouble du côté des urines.

Je pensai, car il subsistait beaucoup de doutes dans mon esprit, que le plus sage était d'ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane, d'explorer la tumeur, d'explorer le rein gauche, et, selon les circonstances, d'extirper cette tumeur par la paroi antérieure ou par une ouverture faite en arrière.

La laparotomie ne m'éclaira d'abord pas sur le siège de la tumeur adhérente à toute sa périphérie. Le rein gauche était tout petit; après des recherches prolongées, je constatai avec mon collègue Terrier que le rein droit existait refoulé au loin vers le foie.

Je procédai à la dissection de cette tumeur, rattachée au bord antérieur du foie par un pédicule large de deux travers de doigt. Cette dissection fut très laborieuse; l'épiploon était adhérent à toute la surface et la tumeur avait poussé un prolongement qui traversait le mésentère, dans lequel un gros trou resta béant. Une

anse d'intestin était intimement attachée à la paroi, que je sculptai sur elle.

Bref, voici la tumeur : c'est un kyste hydatique qui était rattaché au bord antérieur du foie. Il contenait une multitude de petites hydatides; certains points du voisinage de la paroi avaient suppuré. La paroi était d'une épaisseur extrême, sauf quelques points très adhérents aux parties voisines, ce qui rendit sa dissection très laborieuse.

Mes collègues Terrier, Périer, Berger, Prengrueber ont bien voulu m'aider pour cette opération et ont partagé toutes mes incertitudes avant et au cours de l'opération.

2° Extirpation totale du rein droit suppuré. — Réunion par première intention. — Guérison.

Voici encore une pièce provenant d'une femme qui, complètement guérie aujourd'hui, se promène dans les cours de l'hôpital.

Louise V..., âgée de 40 ans, couchée au n° 18, salle Richard Wallace, m'avait été envoyée par M. Doléris. Elle avait une tumeur du flanc droit ; elle avait eu des douleurs vives, des vomissements; cette tumeur prit tout d'un coup un développement énorme ; je la ponctionnai et tirai près d'un litre de pus.

Quelques jours plus tard, pour m'assurer que je n'avais affaire qu'à une suppuration périphérique au rein, j'ouvris l'abdomen sur le côté (21 mai) et constatai que le rein était malade. A partir de ce jour seulement, elle rendit abondamment du pus par l'urine.

Le 13 juin, je fis l'extirpation du rein à l'aide d'une incision partant des fausses côtes et se dirigeant obliquement vers la fosse iliaque, pour décoller le péritoine, comme M. Terrier l'avait fait dans une opération antérieure. Je fis seulement une boutonnière insignifiante au péritoine.

L'opération fut laborieuse à cause du volume énorme du rein ; je dus détacher séparément l'uretère et le bassinet. Plus tard, j'enlevai des morceaux de la capsule hypertrophiée ; la ligature double du pédicule avec deux fils de soie au sublimé a été un peu laborieuse. Les suites ont été bonnes; la réunion primitive s'est bien faite. La malade s'est levée le 22 juin; je donnerai plus tard son histoire complète.

Voici la pièce. Le rein est volumineux, lobulé. La substance du rein est reconnaissable en bien des points, quoique profondément altérée. On peut voir ici des débris de capsule d'une épaisseur énorme. Plus loin se trouvent l'uretère et le bassinet, qui étaient remplis de pus fétide. Au-dessous de ce niveau, il avait un volume normal.

J'ai fait cette opération avec l'assistance et le concours de nos collègues, MM. Terrier, Berger, Nicaise, Prengrueber.

Lecture.

M. Guermonprez (de Lille) fait lecture d'un travail intitulé : *De l'ablation d'une portion de l'antitragus; autoplastie de cette partie du pavillon de l'oreille.*

(Renvoyé à M. Bouilly comme rapporteur.)

M. Waseige présente un nouveau modèle plus portatif du thermo-cautère.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 29 juillet 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine, y compris les *Bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique* et de la *Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts;*

2° Le *Catalogue de l'Exposition médicale brésilienne*, offert par M. le Dr Costa, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Rio;

3° *Uréthrotomie externe sans conducteur. Périnéorrhaphie. Guérison*, par le Dr Guermonprez (de Lille) (Commissaire : M. Lucas-Championnière);

4° M. Horteloup, vice-président de la Société, dépose sur le bureau comme hommage à ses collègues, les *Éloges de* Voillemier, Broca, Chassaignac et Sédillot, éloges qu'il a prononcés comme secrétaire général, de 1880 à 1885.

Communication.

M. Terrillon donne lecture du travail suivant :

Du traitement des kystes para-ovariques. Leur récidive après la ponction simple.

Depuis que l'on connaît l'origine exacte des kystes para-ovariques, et qu'on les a bien nettement séparés, au point de vue anatomique, des kystes des organes voisins, on s'est attaché d'une manière plus spéciale à l'étude de leur traitement.

Dès 1851, Bird, chirurgien anglais, avait émis l'idée que la marche de ces kystes ne justifiait pas l'ovariotomie, et qu'il n'était pas toujours nécessaire de répéter la ponction. Ce fut l'opinion généralement admise[1]. Jusqu'en 1875, on pensait que la ponction simple suffisait pour obtenir la guérison de ces kystes, et réciproquement, on admettait que les kystes de la région pelvienne que la ponction simple parvenait à guérir, étaient des kystes para-ovariques.

En 1875, M. Panas concluait même, dans une communication à l'Académie de médecine, que le traitement de ces kystes était bien autrement facile que celui de l'hydrocèle simple ou spermatique chez l'homme, parce qu'une simple ponction par le trocart de trousse lui avait suffi dans tous les cas qu'il avait observés, pour obtenir par l'évacuation complète et même partielle du liquide une guérison définitive[2].

En France, on vivait sur l'opinion de M. Panas, à laquelle s'était rallié M. Duplay[3], qui, avec de nouvelles observations, avait démontré que les kystes para-ovariques disparaissaient à jamais après une ponction simple.

Néanmoins on pouvait faire aux observations présentées alors le reproche d'avoir été publiées trop tôt, c'est-à-dire trop peu de temps après le résultat de la ponction. Dans certains cas, en effet,

[1] Bird, *Med. Times and Gaz.*, 1851, p. 61.
[2] Panas, *Bull. Acad. de méd.*, 1875, p. 265.
[3] Duplay, *Progrès med.*, 1879.

la guérison était donnée comme définitive, et cependant le liquide se reproduisit quelques mois plus tard. Des faits de ce genre ont été publiés par MM. Lawson-Tait et Kœberlé, qui ont alors déclaré que la ponction simple ne pouvait donner qu'une guérison temporaire, et qu'il fallait pratiquer l'ovariotomie.

L'attention étant attirée de ce côté, MM. Lucas-Championnière, Terrier, Polaillon, etc., ont présenté à la Société de chirurgie des faits analogues, démontrant que la ponction pouvait amener, dans des cas de kystes para-ovariens, un résultat favorable qu'on pouvait considérer comme une guérison pendant un temps plus ou moins long, mais que la récidive n'en survenait pas moins comme dans les kystes ovariques, et qu'il fallait avoir recours alors à une opération radicale.

J'ai, de mon côté, recueilli des observations du même genre, et comme beaucoup d'autres chirurgiens ont publié des cas semblables dans ces dernières années, j'ai fait rassembler par un de mes élèves, M. le Dr E. Gautrez[1], tous ces cas, pour éclairer à leur aide la question de la récidive à la suite de la ponction des kystes para-ovariques, de sa fréquence, du résultat définitif des ponctions, et montrer enfin dans quels cas il faut opérer.

Je rapporterai seulement ici mes observations personnelles.

Observation I. — *Kyste para-ovarique. — Deux ponctions à treize mois d'intervalle. — Guérison apparente.*

Mme O..., 51 ans, veuve, sans enfant, a toujours été bien réglée et jouit d'une très belle santé.

Depuis deux ans et demi, son ventre augmente vers la partie inférieure. La paroi abdominale, épaisse et graisseuse, empêche de sentir nettement une tumeur. Cependant l'examen fait soupçonner l'existence d'une tumeur fluctuante, à convexité supérieure, remontant au niveau de la région ombilicale et paraissant plus manifeste, plus étendue à gauche qu'à droite. Par le toucher, on trouve une proéminence de la tumeur dans le cul-de-sac gauche et postérieur, et l'utérus dévié à droite. Mais la saillie est peu prononcée.

Le 5 *septembre* 1883, je fis une ponction qui donne treize litres de liquide. Voici les résultats de l'analyse faite par M. Yvon, pharmacien :

Couleur, jaune paille très léger. Aspect transparent. Dépôt nul. Densité, 1,009.

Éléments organiques, 4gr,50.

Éléments minéraux, 8gr,70.

Total des substances fixes : 13gr,20.

Urée, 1gr,30.

[1] E. Gautrez, De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux du ligament large (kystes para-ovariques) (*Th. de doct.*, Paris, 15 juillet 1885).

Albumine coagulable, 2gr,60.

Chlorure de sodium, 6gr,70.

Examen microscopique : quelques hématies.

Les suites furent parfaites, et la malade se crut complètement guérie pendant quelques mois.

Le 31 *octobre* 1884, seconde ponction qui donna issue à 11 litres de liquide absolument semblable au précédent, d'après une seconde analyse faite par M. Yvon.

Depuis cette époque, le kyste semble ne pas s'être rempli, au moins autant que je le puis supposer, car je n'ai pas vu la malade depuis trois mois.

Obs. II. — *Kyste para-ovarique. — Ponction. — Guérison apparente pendant sept ou huit mois. — Nouvelle ponction. — Malade perdue de vue.*

Mme X..., 70 ans, bien portante, entre à la Salpêtrière le 14 octobre 1884. Menstruation à 12 ans, toujours régulièrement. Ménopause à 57 ans.

Mariée à 19 ans, elle a eu 21 enfants en 16 couches, dont 5 gémellaires. 6 enfants sont encore vivants.

Au mois de mai 1882, le ventre a commencé à grossir sur la ligne médiane. Incontinence d'urine pendant quelque temps.

Après un an, elle se trouva considérablement gênée par le volume de son ventre.

En juillet 1883, elle entre une première fois à la Salpêtrière, où je retire par la ponction 13 litres de liquide transparent, incolore et non filant. L'analyse faite par M. Pépet, interne en pharmacie, donna le résultat suivant :

Densité, 1,009.

Albumine, 5 grammes.

Chlorure de sodium, 6gr,50.

Pas de trace de paralbumine.

La malade sortit guérie après quelques jours et resta bien portante pendant 7 ou 8 mois.

Elle rentre à la Salpêtrière, en octobre 1884. Le ventre s'était rempli considérablement depuis 5 ou 6 mois. Une nouvelle ponction donne environ 5 litres et demi de liquide, absolument semblable au précédent, sauf qu'il contient 10 grammes d'albumine par litre et que sa densité est de 1,012. Mais on ne rencontre pas davantage d'hydropisine ni de paralbumine.

Depuis cette époque, la malade n'a pas été revue.

Obs. III. — *Kyste para-ovarique. — Ponction. — Guérison apparente pendant quinze à dix-huit mois. — Reproduction du kyste. — Extirpation par la gastrotomie. — Guérison.*

Mlle X.., 24 ans, me fut adressée à la Salpêtrière le 2 février 1883,

par M. le Dr Bucquoy, pour une tumeur abdominale dont le début paraît remonter à environ 4 ans. Marche très lente.

Au bout de 2 ans, en avril 1881, Mlle X... subit, en province, une ponction qui donna issue à 8 litres de liquide absolument semblable à de l'eau de fontaine. Le chirurgien lui avait promis que jamais le kyste ne se reproduirait. Mais, au bout de 15 à 18 mois, son ventre commença à grossir de nouveau et, après quelques mois, elle entra dans le service de M. le Dr Bucquoy, à l'hôpital Cochin.

L'examen de la malade fit reconnaître les caractères ordinaires d'un kyste très fluctuant, plongeant dans le petit bassin, fixant légèrement et repoussant l'utérus à gauche. Envies d'uriner assez fréquentes.

D'après les renseignements fournis par la malade et l'apparence de la tumeur, je proposai l'opération radicale qui fut acceptée avec empressement.

L'opération fût pratiquée avec le concours de MM. Ch. Monod, Veyssière et Reclus.

Aucune adhérence abdominale; une ponction donna 11 litres de liquide transparent et légèrement teinté, non filant. Je constatai alors que le kyste était en grande partie dans le ligament large et qu'il me faudrait pratiquer une décortication assez étendue. Celle-ci se fit sans trop de difficultés, sauf du côté des vaisseaux utérins à droite.

En agissant lentement et avec patience, je pus enlever bientôt la totalité du kyste sans pédicule. La trompe et l'ovaire étaient restés à la surface du kyste, ainsi que la portion du ligament large attenante.

La surface de décortication, malgré son étendue, saignait peu, grâce aux ligatures de catgut.

Je pus rétrécir cette surface en liant quelques lambeaux formés par les débris du ligament large, et je laissai le reste de la plaie cruentée libre dans l'abdomen.

L'opération avait duré une heure et quart. Les suites furent très simples, sauf une élévation de température à 39°,5, qui survint le troisième jour, mais qui disparut après quarante-huit heures. La malade sortit complètement guérie 5 semaines après l'opération.

Obs. IV. — *Kyste para-ovarique. — Ponction. — Guérison apparente. — Récidive constatée vingt-deux mois après. — Extirpation du kyste. — Guérison.*

Mlle X..., 32 ans, fut reçue à l'hôpital de la Pitié en 1881, pendant que je remplaçais M. le professeur Verneuil. Toujours bien réglée, n'ayant jamais eu d'enfant, elle s'aperçut que son ventre grossissait, il y a environ deux ans. Au bout de quelques mois, elle éprouva la sensation d'une tumeur existant dans l'abdomen, surtout du côté gauche, au-dessus du pubis.

Peu de troubles; pesanteur dans le bas-ventre.

L'examen de la malade montra qu'il s'agissait d'un kyste remontant un peu au-dessus de l'ombilic, et ayant des connexions profondes dans le bassin, car l'utérus était immobilisé, refoulé du côté droit, et on

sentait manifestement dans le cul-de-sac latéral gauche, un peu en arrière de l'utérus, un prolongement du kyste.

Une ponction pratiquée sur la ligne médiane le 15 septembre 1881, donna 7 litres de liquide, ayant tous les caractères extérieurs du kyste para-ovarien. L'analyse chimique pratiquée par l'interne en pharmacie du service, confirma cette appréciation.

Densité, 1,008.

Chlorure de sodium, 5 grammes.

Albumine, 2gr,20.

Total des substances fixes : 11 grammes.

Couleur jaune paille à peine sensible. Pas de paralbumine.

Quelques jours après, la malade sortit de l'hôpital, se croyant complètement guérie.

22 mois après, en juillet 1884, elle vint me retrouver à la Salpêtriere avec une récidive complète et un ventre plus volumineux que la première fois.

Je proposai à la malade de faire l'extirpation de sa tumeur, lui faisant observer que, par la ponction simple, elle aurait probablement d'autres récidives. Elle accepta volontiers.

L'opération fut pratiquée le 2 juillet 1883, avec le concours de MM. Monod et Veyssière.

Après l'ouverture de l'abdomen, je constatai que le kyste était entièrement inclus dans le ligament large gauche, et plongeait profondément dans le bassin.

Une ponction fit sortir 7 litres et demi de liquide ; la poche semblait simple, et on retrouvait vers sa partie postérieure et interne l'ovaire aplati et distinct, ainsi que la trompe allongée.

Après avoir ouvert le ligament large, j'essayai de décortiquer la poche, mais je ne pus en détacher qu'une très faible partie, les adhérences étant extrêmement intimes avec les parties les plus profondes et les organes voisins. Je renonçai donc à pratiquer l'extirpation totale, et, après avoir réséqué la plus grande partie du kyste et du ligament large, je fixai les bords de l'ouverture ainsi produite à la partie inférieure de la plaie abdominale.

Un gros tube à drainage, introduit au moyen du trocart de Chassaignac, par le cul-de-sac vaginal, pénétrait dans la portion la plus déclive du kyste et ressortait par l'ouverture abdominale.

Des lavages phéniqués furent pratiqués plusieurs fois par jour, par ce drain.

Les suites de l'opération furent des plus simples, sans aucun incident; le gros tube fut remplacé le douzième jour par un tube très fin, lequel fut enlevé 6 jours après.

La malade sortit complètement guérie le vingt-cinquième jour apres l'opération.

Obs. V. — *Kyste para-ovarien. — Ponction. — Guérison apparente pendant quelques mois. — Reproduction de la tumeur et métrorrhagies. — Existence de deux poches kystiques et de corps fibreux*

utérins. — Ponction des kystes. — Reproduction du liquide au bout de 6 mois. — Extirpation des kystes. — Guérison.

Mme X..., 30 ans, mariée depuis 8 ans, sans enfant, m'est adressée par mon ami le Dr Chabrier.

Les antécédents sont particulièrement intéressants.

Le début de la tumeur remonte environ à 6 ans.

Au bout de 2 ans et demi (novembre 1881), la malade vint à Paris consulter un chirurgien des hôpitaux qui fit une ponction. Celle-ci donna 5 litres de liquide transparent et incolore. L'analyse, pratiquée par M. Méhu, indiqua les caractères non douteux d'un kyste para-ovarien.

La malade s'en retourna en province se croyant absolument guérie.

Quelque temps après, ses règles devinrent plus abondantes, elle eut quelques pertes. Après 15 mois, le ventre commença à grossir surtout du côté gauche. Très inquiète, elle revint à Paris et fut ponctionnée de nouveau (mars 1882) par un médecin des hôpitaux qui retira 6 litres de liquide semblable au premier (2e analyse de Méhu).

Le médecin lui déclara qu'en outre du kyste qu'il avait vidé, il sentait encore une grosseur du côté du flanc gauche.

Le 5 *avril* 1883, environ un an après la deuxième ponction, je fus appelé auprès de la malade, très affaiblie par des pertes et chez laquelle on soupçonnait la présence de corps fibreux utérins.

Mais de plus, la poche kystique s'était remplie depuis quelques mois assez rapidement, surtout du côté gauche.

Après l'avoir examinée, je conclus à la présence de deux poches kystiques superposées, la supérieure remontant dans le flanc gauche et un corps fibreux assez volumineux accupant le côté droit de l'utérus.

Je ponctionnai successivement un kyste occupant la ligne médiane du côté gauche et contenant 5 litres de liquide transparent. Une seconde ponction, dans le flanc gauche, sur le second kyste, donna issue à 3 litres et demi ayant même apparence que le premier.

On put constater alors plus nettement la présence de plusieurs corps fibreux dans l'utérus.

La malade, beaucoup soulagée, resta pendant environ 6 mois sans augmentation sensible de l'abdomen. Mais bientôt les poches kystiques se remplirent et la malade, ainsi que son entourage, demandèrent l'opération radicale à laquelle ils s'étaient refusés jusqu'à ce jour.

Le 1er *mars*, je pratiquai l'opération avec le concours de mon ami Veyssière.

Nous trouvâmes quelques adhérences légères et deux kystes assez distincts dont l'un occupait presque entièrement le flanc gauche. En remontant dans cette direction, il avait entraîné le ligament large et formé un pédicule aplati, assez large, mais qu'il fut facile de couper entre trois ligatures en chaînettes.

Le second kyste, plus ancien, plongeant dans le petit bassin, était

entièrement pris dans le ligament large et portait, à sa surface, l'ovaire et la trompe, vers sa partie antérieure et interne.

J'essayai de le décortiquer après avoir coupé le ligament large. Mais après de vains efforts, et un commencement de décortication pénible et donnant beaucoup de sang, je trouvai des adhérences telles à la vessie, à l'utérus, au bassin, que je dus y renoncer. J'enlevai alors la partie la plus saillante, et suturai les bords de l'ouverture large ainsi pratiquée à la partie inférieure de l'incision abdominale.

Un gros tube à drainage, passé par le vagin dans la partie la plus déclive du kyste, permit de surveiller facilement l'écoulement des liquides et des lavages.

Pendant le cours de l'opération, nous avions pu constater que l'utérus, gros comme les deux poings, très bosselé, était rempli de corps fibreux. Il était fortement dévié à droite et adhérent au kyste.

L'opération avait duré environ 2 heures.

La malade, extrêmement affaiblie fut portée dans son lit, elle eut pendant la journée plusieurs syncopes qui furent arrêtées au moyen d'injections d'éther.

Malgré une grande faiblesse générale et l'inappétence contre laquelle il fallut lutter pendant les 15 premiers jours, la malade guérit assez rapidement car elle put se lever au bout d'un mois.

OBS. VI. — *Kyste para-ovarien. — Grossesse normale, accouchement sans difficultés. — Ponction 5 mois après. — Guérison de la ponction.*

Femme de 32 ans, qui m'est adressée, le 1er avril de cette année, par mon ami le Dr Grognet (de Milly-sur-Seine).

Elle a eu il y a 5 mois un second enfant, qui est venu à terme ; mais déjà, pendant sa grossesse, on avait constaté une tumeur indépendante de l'utérus gravide et située à gauche.

On avait craint alors quelque complication pendant l'accouchement ou un accouchement prématuré, mais cependant tout se passa dans d'excellentes conditions.

Après la délivrance, la tumeur descendit un peu dans le bassin et continua à grossir progressivement. Cependant la malade nourrit son enfant. A son entrée à la Salpêtrière, nous trouvons l'abdomen très développé, 110 centimètres de circonférence.

Une tumeur fluctuante, peu tendue, sans parties dures appréciables à parois minces, remplit tout l'abdomen. Elle est médiane et remonte au-dessus de l'ombilic.

Elle comprime la vessie, car les mictions sont fréquentes et elle occasionne une grande gêne de la respiration.

L'utérus est un peu mobile, et on sent la tumeur fluctuante proéminant derrière lui et du côté du cul-de-sac gauche du vagin.

Une ponction pratiquée sur la ligne médiane avec l'aspirateur de M. Potain donne 13 litres de liquide transparent, limpide comme de l'eau, non filant. Le kyste est vidé complètement.

La malade qui est restée à l'hôpital 4 jours, pendant lesquels on entretient le lait, sort et rentre chez elle, complètement débarrassée.

Actuellement elle semble et se croit absolument guérie. L'examen du liquide fait par M. Dumoustier, interne en pharmacie, donne les caractères suivants :

Densité 1,008.

Traces d'albumine.

Pas de paralbumine.

Chlorure de sodium, 12 grammes.

Sels divers, 8 grammes.

Obs. VII. — *Kyste para-ovarien. — Ponction. — Reproduction rapide du liquide.*

Une femme de 50 ans environ, mère de plusieurs enfants, me fut présentée au commencement de juin 1885 par mon collègue et ami le Dr Dupuis de Saint-Denis. Cette femme, très obèse depuis longtemps, et dont les parois abdominales sont particulièrement épaisses, s'aperçoit depuis 3 ou 4 ans, que son ventre augmente progressivement, que sa respiration est gênée et ses digestions plus difficiles. Envies d'uriner fréquentes et constipation assez intense.

Malgré l'épaisseur de la graisse abdominale, on constate à la percussion une tumeur médiane, saillante en avant, parfaitement arrondie, et donnant une matité à convexité supérieure. Elle est fluctuante. Par le toucher vaginal, on ne peut sentir, ni l'utérus, ni aucune tumeur dans les culs-de-sac, à cause de l'obésité.

Je pratique une ponction sur la ligne médiane avec l'aiguille n° 3 de l'appareil Potain et je retire 9 litres environ de liquide absolument transparent, limpide comme de l'eau et non filant.

Immédiatement, la gène éprouvée par la malade cesse et après quelques jours, celle-ci reprend ses habitudes.

Le liquide, examiné par M. Dumoustier, interne en pharmacie de mon service, présentait les caractères certains d'un kyste para-ovarien.

Densité 1,009.

Albumine, 5 grammes par litre.

Chlorure de sodium, 8 grammes.

Résidus solides, 14 grammes.

J'ai revu cette malade, il y a quelques jours, 11 juillet; j'ai pu constater que le kyste s'était déjà légèrement rempli et il est probable qu'il sera nécessaire de pratiquer une nouvelle ponction dans quelque temps.

J'ai donc observé personnellement sept kystes para-ovariens, dont la nature ne peut être douteuse, puisque l'analyse des liquides, pratiquée avec soin, en a toujours démontré la composition caractéristique : densité faible, petite quantité d'albumine ; absence de paralbumine ; proportion assez élevée de chlorure de sodium ; poids très faible de matériaux solides après dessiccation ;

enfin transparence parfaite avec coloration nulle ou peu marquée. Sur deux malades, une première ponction a été pratiquée et la réplétion du kyste a eu lieu chez l'une après treize mois (obs. I), chez l'autre après quinze mois (obs. II). La seconde ponction, pratiquée chez toutes les deux en octobre 1884, a ramené un liquide semblable à celui de la première. Jusqu'à présent, il n'y a pas de récidive au moins d'une manière apparente. Mais on ne peut affirmer la guérison dans aucun de ces deux cas, puisque, chez deux malades, après la première ponction, le liquide est resté plusieurs mois sans se reproduire et que le kyste est redevenu ensuite aussi volumineux que la première fois. Trois autres malades ont été opérées avec succès de leurs kystes (une d'elles, obs. V, en avait deux semblables et voisins), après avoir été ponctionnées.

Deux d'entre elles avaient été ponctionnées environ deux ans avant l'opération. La dernière, celle qui avait deux kystes, avait subi trois ponctions à des intervalles de 15 mois, 11 mois et 13 mois avant l'opération radicale. Enfin, pour mes deux autres malades (obs. VI et VII), l'une ponctionnée en avril de cette année (obs. VI), semble encore guérie actuellement ; l'autre, ponctionnée il y a six semaines (obs. VII), a déjà l'apparence d'une récidive légère.

Nous avons pu relever, parmi les cas publiés, 71 exemples de kystes para-ovariens qui auraient été déclarés guéris par une simple ponction, d'après le dire des auteurs qui les ont signalés. Les principales observations appartiennent aux mémoires de M. Panas (*Arch. de tocologie*, 1875), aux thèses de Lesavre et Castenada (1879-1882), au traité de Atlee (*Traité des tumeurs de l'ovaire*), au travail de Spencer Wells (*Traité des tumeurs de l'ovaire*, trad. franc., 1883), de Spiegelberg (*Arch. fur Gynœc.*, 1870), enfin de Ch. Clay (*Transac. of the Obstet. Soc. of London*, t. V). Les autres observations sont éparses dans los revues de médecine.

On pourrait donc se laisser influencer par ces résultats, surtout si on tient compte des affirmations de chirurgiens tels que MM. Panas, Duplay et Spiegelberg. Mais en lisant ces observations, on voit qu'il existe dans l'appréciation des résultats une cause d'erreur considérable qui est le court espace de temps après lequel la malade a été déclarée guérie à la suite de la ponction. Un grand nombre de ces observations portent que la malade est guérie un mois et demi (Duplay), cinq mois, un an et rarement plus de ce laps de temps après la ponction.

Ces indications et ces affirmations semblent d'autant plus aventurées que nous savons depuis longtemps déjà que ces kystes récidivent, lentement il est vrai, ainsi que l'indique Kœberlé, mais

assez souvent. C'est, en particulier, ce qui est survenu chez les malades que nous avons observées personnellement, et qu'on aurait pu déclarer guéries si on n'avait pas pu les revoir au bout d'un certain temps. Or, en présence des récidives qui ont lieu à des époques variables, le plus souvent une année, mais aussi plus tard et même après 8 et 11 ans, comment peut-on affirmer la guérison après quelques mois seulement?

Parmi les faits publiés, nous avons pu réunir 38 cas dans lesquels il y a eu récidive après une ou plusieurs ponctions. Le liquide s'est reproduit après des intervalles variables de quelques mois à un ou deux ans. Toujours il y a eu quelques mois de guérison apparente, trompant ainsi la malade et le chirurgien. Cette longue période de guérison apparente semble spéciale à ce genre de kyste, car dans les kystes ovariques les plus simples, la reproduction du liquide a presque toujours lieu très peu de temps après la ponction.

Si donc on tient compte de ces deux facteurs, d'une part le temps insuffisant qui a séparé la ponction de la déclaration de guérison définitive dans un grand nombre de cas, d'autre part la facilité de la récidive constatée plusieurs fois, surtout quand le liquide est légèrement albumineux, nous pourrions conclure avec M. Terrier (*Soc. de chir.*, 27 mai 1885) que la guérison après la ponction est l'exception et que la récidive est la règle, malgré l'affirmation contraire de quelques auteurs, trop pressés peut-être de déclarer leurs opérées guéries.

Parmi les 40 kystes récidivés, nous trouvons que 16 fois on a pratiqué deux ou trois ponctions successives. Et parmi ces cas, trois seulement semblent ne pas s'être reproduits.

En résumé, il n'y a donc que 10 ou 12 cas qui, après vérification suffisamment longue, peuvent être considérés comme guéris définitivement. Parmi les malades ponctionnées et chez lesquelles la récidive est survenue, quinze ont été opérées, et chez toutes la guérison a suivi l'opération.

Sans être trop absolu dans nos conclusions, nous pouvons donc dire que, dans un grand nombre de kystes séreux para-ovariens, la ponction seule n'assure pas la guérison, la récidive se faisant après quelques mois ou quelques années. La proportion des cas de guérison définitive après une ou plusieurs ponctions n'est pas possible à établir encore, mais des statistiques plus nombreuses et plus complètes permettront d'arriver bientôt à ce résultat. Jusqu'à présent, cette proportion est tellement minime dans les cas suivis assez longtemps pour qu'on puisse connaître le résultat définitif de la ponction, qu'on ne peut considérer celle-ci, comme dans les autres tumeurs liquides de l'abdomen, que comme

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 44-15.7-85. *Le Gérant :* G. MASSON.

un moyen palliatif n'ayant qu'une action temporaire dans la plupart des cas.

En d'autres termes, la ponction simple ou avec aspiration peut être suivie de guérison définitive dans les cas de kyste para-ovarien comme dans certains cas de kystes séreux du foie et de la rate; la guérison apparente, en cas de récidive, peut durer des mois et des années ; mais dans la grande majorité des cas la récidive a lieu, tôt ou tard, et si l'on cherche la guérison définitive, c'est à l'opération radicale qu'il faut la demander.

On doit donc, il est vrai, pratiquer toujours la ponction quand on soupçonne un kyste para-ovarique, mais en cas de récidive, ce kyste, comme tous les autres kystes de l'abdomen, devient justiciable de la médecine opératoire, et les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale, en pareil cas, se confondent avec celles de tous les kystes de la cavité abdominale.

Discussion.

M. Désormeaux. Je pourrais citer trois cas de kystes para-ovariens qui me sont personnels et dans lesquels la guérison a été définitive. Il est vrai que la ponction a été suivie d'une injection iodée dans deux des cas.

Le premier cas est relatif à une jeune fille de 15 ans que je vis à Paris se dirigeant vers Strasbourg pour aller subir l'ovariotomie, qui ne se faisait pas encore parmi nous.

Je puis ajouter aux trois cas auxquels je viens de faire allusion un quatrième cas dans lequel la guérison fut obtenue sans intervention d'aucune sorte, et à la suite d'une inflammation accidentelle de la poche kystique.

M. Terrier. Je suis absolument de l'avis de M. Terrillon, et j'ai constamment soutenu la thèse qu'il vient d'appuyer par ses sept observations. La guérison d'un kyste para-ovarien à la suite d'une ponction n'est jamais qu'apparente; même lorsque la tumeur ne se produit pas, il persiste dans le bassin une poche prête à se remplir de liquide à la première occasion.

Parmi les observations de M. Terrillon, il en est deux qui m'ont frappé : ce sont celles où il est dit que le kyste était inclus dans l'épaisseur des ligaments larges. Le fait doit être bien rare, car ni moi ni M. Lucas-Championnière n'en avons vu d'exemple.

M. Championnière. Je ne puis accepter toutes les opinions exprimées par M. Terrillon ; je crois comme lui que la guérison afférente des kystes para-ovariens trompe souvent, mais je crois que cela arrive aussi pour d'autres kystes vrais de l'ovaire.

J'en ai vu des exemples assez fréquents. J'ai cité le cas de Broca où le kyste disparut sans intervention. Dans un cas de Jobert, une guérison de plusieurs mois d'un kyste à liquide coloré suivit la ponction.

Ce qui prouve qu'il peut facilement en être ainsi, c'est que souvent la récidive ne se fait pas aux dépens de la poche ponctionnée.

C'est un kyste voisin faisant partie de la tumeur multiloculaire qui se développe à son tour. Souvent il y a un liquide bien différent à la deuxième ou à la troisième ponction. Ce n'est donc pas le même kyste qui a récidivé.

M. Th. Anger. J'ai également observé un cas de récidive de kyste para-ovarique ponctionné chez une jeune fille. Je dus ultérieurement recourir à l'ovariotomie pour débarrasser la malade.

Chez cette malade, je crus devoir laisser l'ovaire en place, et j'eus grand tort, car elle fut prise quelques jours après d'une ovarite suppurée dont elle mourut. L'inflammation de l'ovaire s'était accompagnée de symptômes comparables à ceux de l'étranglement interne.

M. Désormeaux. Je demande à signaler encore un cas fort rare et très curieux que j'ai observé dans ma pratique; il s'agissait d'une tumeur ovarique chez une femme prête d'accoucher, le kyste empêchant le passage de la tête; je ponctionnai, et au bout de trois semaines la malade partait avec une fistule persistante. Maintenant, je dirai que j'ai observé des guérisons qui me semblent définitives, par exemple une jeune femme que j'ai revue au bout de six mois, mais je n'en ai pas revu à une époque plus éloignée.

M. Terrillon. Je reconnais avec M. Terrier la rareté des kystes compris dans l'épaisseur des ligaments larges, mais quelque exceptionnels qu'ils soient, ils n'en existent pas moins. Hégar en a observé un certain nombre de cas et, comme moi, il a noté la difficulté de la décortication en pareille circonstance.

Dans des cas particulièrement difficiles, je me suis servi du drainage de la tumeur, et je m'en suis trouvé très bien.

Communications.

Hystérectomie vaginale pour cancer.

M. Trélat. Je dépose sur le bureau l'observation à laquelle j'ai fait allusion lors de la communication de nos collègues

MM. Tillaux et Terrier, et à propos de laquelle j'ai, mardi dernier, exposé quelques considérations sur ce sujet à l'Académie de médecine (séance du 21 juillet).

Mme M..., âgée de 38 ans, est mère de six enfants, le dernier a environ quatre ans. Au printemps de cette année, Mme X... vint consulter M. Tarnier pour de légers troubles utérins. A cette époque, M. Tarnier ne constata que de l'hypertrophie utérine sans ulcération. Cependant les troubles continuèrent; la malade consulta en province; on lui fit sur le col des applications caustiques et on *communiqua* à la famille un pronostic grave sur la nature des lésions observées. Le médecin de la malade la renvoya alors à Paris revoir M. Tarnier et réclamer au besoin un traitement radical pour son affection.

M. Tarnier reconnut un épithélioma et m'adressa alors la malade, que je vis pour la première fois dans les premiers jours de juin. Après avoir prescrit quelques soins locaux pour effacer les traces des cautérisations, je partageai complètement l'opinion de M. Tarnier et je constatai l'existence d'un épithélioma du col, en occupant toute la surface. D'après la marche et la date des premiers accidents, nous étions presque au début de la maladie. Le néoplasme, étendu en surface, paraissait peu profond. La muqueuse vaginale était absolument saine, et nulle part, ni dans les culs-de-sac vaginaux, ni dans les aines, ni à l'hypogastre on ne trouvait aucun ganglion. Un examen très complet par le palper abdominal et par les touchers vaginal et rectal démontra que l'utérus était mobile, sans brides, sans adhérences, mais qu'il était d'un volume considérable. L'hystéromètre, introduit dans sa cavité, marquait près de 9 centimètres. Dans le cours du dernier mois, des petites pertes sanguines irrégulières s'étaient manifestées. C'est même le retour d'une de ces pertes qui nous porta à reculer de huit jours l'opération, qui avait été primitivement fixée pour le 25 juin.

Sous tous les rapports, le cas me paraissait favorable à une intervention opératoire. Les lésions étaient limitées, récentes, l'utérus bien mobile. La malade et sa famille désiraient l'opération. On pouvait hésiter entre l'amputation sus-vaginale du col et l'ablation totale de l'organe. L'amputation du col est, en général, considérée comme moins grave, mais c'est en somme une opération aveugle. On ignore, quand on la pratique, si on a dépassé et de combien on a dépassé la néoplasie pathologique. Il est, d'autre part, certain que la mortalité opératoire de l'hystérectomie vaginale s'est singulièrement abaissée dans ces derniers temps, et, quoique l'amputation totale de l'utérus n'ait pas paru jusqu'ici mettre à l'abri de la récidive, on ne peut néanmoins douter, suivant les principes que nous suivons dans toute la chirurgie des cancers, que l'opération totale ne rende la récidive moins probable ou plus éloignée que l'ablation particlle.

Tous ces motifs me décidèrent, et l'opération fut exécutée le 2 juillet, avec le concours de MM. Terrier et Bouilly, en présence de MM. Tarnier, Siredey, Peyrot, et du Dr Lecerf, médecin de la malade.

Toutes les précautions préalables avaient été prises : évacuations in-

testinale et vésicale; bains, lavages et particulièrement lavages antiseptiques au bichlorure, du vagin et de l'utérus, exécutés pendant plusieurs jours.

La malade est endormie sous prétexte d'essai d'un instrument; elle ignore qu'on va l'opérer ce jour-là et croit l'opération fixée à trois jours plus tard.

Au moment de commencer, nouveau lavage antiseptique général. En arrière, sur la fourchette, spéculum de Sims; la lèvre antérieure du col est bien saisie par une pince de Museux renforcée par une autre pince sur la lèvre postérieure. Le col, abaissé jusque près de la vulve, est bien visible. Incision demi-circulaire antérieure de la muqueuse vaginale. Le décollement de la vessie s'exécute vite et facilement. Le doigt, introduit dans la plaie, décolle le péritoine sans pouvoir pénétrer dans la cavité péritonéale. En portant l'utérus en arrière, et le bas-fond de la vessie en avant, au moyen du doigt d'un aide, on voit le péritoine sous l'aspect d'une membrane bleuâtre. Il est saisi avec une pince, et incisé d'un petit coup de ciseaux, on peut alors, à l'aide des doigts, le séparer largement jusque sur les côtés de l'utérus.

Le col étant alors reporté en avant avec les pinces de Museux, la même manœuvre est répétée pour la face postérieure : incision de la muqueuse, décollement, section et dilacération du péritoine jusqu'aux ligaments larges. Le spéculum était enlevé; l'utérus est de nouveau abaissé par une traction continue et énergique. Deux doigts, introduits en arrière, cherchent à atteindre le fond de l'utérus et n'y peuvent parvenir à cause de la hauteur de l'organe. Ils parviennent à accrocher le ligament large droit, mais la fatigue empêche d'abaisser ce ligament large. Enfin, après quelques tâtonnements, et avec le secours de M. Terrier, le ligament large est amené en vue, soutenu par mon index gauche. Nous plaçons une ligature en chaîne à deux anneaux, mais le fil, quoique fort, se casse à l'anneau supérieur; l'inférieur tient. Le ligament large est alors coupé le long du bord utérin droit. A ce moment, l'anneau supérieur de la ligature se détache spontanément. Une pince est placée sur les parties lâchées et nous lions isolément la trompe et les différents vaisseaux. On passe alors au côté gauche, et, bien que le ligament large soit rendu plus abordable de ce côté par la sortie de l'utérus hors de la vulve, nous sommes obligés de reprendre plusieurs des ligatures et particulièrement de lier avec soin quelques branches inférieures de l'utérine. Cette partie de l'opération a été la plus longue et la plus laborieuse.

Quand je recommencerai cette opération, je me servirai de soie forte, mais bien lisse et glissante, et je placerai au moins trois anneaux de ligature en chaîne sur chaque ligament large. Cette manœuvre sera rendue aisée par l'usage de l'aiguille de Cooper-Reverdin, que j'ai signalée à l'attention de la Société dans la séance du 24 juin 1885. Il suffira, après avoir placé un anneau, de faire passer la pointe mousse de l'aiguille dans cet anneau, puis de saisir une nouvelle partie du ligament large et ainsi de suite jusqu'en bas.

Après toutes ces ligatures nous étions arrivés à l'hémostase. Nous aperçûmes *successivement* au fond de la plaie, l'ovaire gauche, une frange épiploïque, une anse d'intestin grêle, mais rien ne sortait par le vagin. Celui-ci et le fond de la plaie furent soigneusement abstergés et nettoyés, et un point de suture unique réunit les deux lèvres de la plaie vaginale. Dans chaque angle de cette plaie, un tube à drainage gros comme une forte plume, pénétrant de 2 à 3 centimètres dans la cavité péritonéale et allant jusqu'au delà de la vulve. Je me suis servi des tubes ordinaires à trous multiples; il vaudra mieux à l'avenir se servir de tubes pleins dans leur partie vaginale et n'ayant de trous que dans la partie péritonéale.

Autour de ces deux tubes, le vagin a été bourré de gaze iodoformée; l'extrémité des tubes abondamment garnie de la même gaze, le tout recouvert d'une large couche de coton qui rejoignait le bandage de corps en flanelle doublée elle-même d'ouate.

C'est alors que la malade, non réveillée, a été rapportée dans son lit.

L'utérus extirpé avait un grand volume. Au premier moment, M. Tarnier avait dit : Serait-ce un utérus gravide? Il n'en était rien, bien entendu.

L'organe pesait 197 grammes. Il avait 11 centimètres de longueur; 64 millimètres dans sa plus grande largeur; 45 millimètres d'épaisseur. Chacune des parois avait 17 millimètres d'épaisseur.

A l'œil nu, le col était manifestement atteint d'épithélioma, et il semblait que l'altération eût gagné les couches sous-muqueuses du corps utérin, qui présentaient une coloration plus foncée que celle du reste de l'organe. Cette dernière opinion, c'est-à-dire l'invasion du corps, était erronée comme on le verra plus loin. La section au niveau de chaque ligament large paraissait absolument saine et exempte de toute altération. Ici le microscope a confirmé les appréciations faites à l'œil nu.

L'étude histologique a été faite simultanément dans le laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité et dans le laboratoire du Collège de France. Les résultats sont absolument concordants. Le col est occupé dans toute son étendue par un épithélioma superficiel, pavimenteux, lobulé, avec lobes cornés et lobes muqueux. Une coupe occupant toute la hauteur du col montre que l'épithélioma n'occupe que le tiers inférieur de la coupe. La partie supérieure est absolument saine. Le grand volume du corps est causé par un hypertrophie simple du tissu utérin avec épaississement des travées fibreuses et prolifération des éléments musculaires.

Les ligaments larges, soit au niveau des trompes, soit à leur partie inférieure, ne présentent pas traces d'épithélioma.

On peut résumer ces lésions par ces mots : épithélioma superficiel du col; hypertrophie simple du corps; intégrité absolue des surfaces de section.

Dans les heures qui suivirent l'opération, la malade, abattue, som-

nolente, ayant un peu d'hypothermie (36°,5), resta dans un état de dépression marquée; le soir, elle avait de la soif, des douleurs dans le ventre, un peu de moiteur, 38°. A peine quelques gouttes d'urine ramenées par la sonde. Piqûre de morphine. La nuit, sommeil en plusieurs fois; 50 grammes d'urine; T. 38°,6.

3 *juillet*, lendemain de l'opération. Matin : T. 38°,5, P. 104; 60 grammes d'urine, transpiration, petits vomissements verdâtres qui se répètent plusieurs fois dans la journée. Le soir : T. 38°,7, puis 38°,4, P. 112 et 120. Les pièces extérieures du pansement qui ont été souillées par le liquide sanguinolent venant des tubes sont renouvelées. Odeur exclusivement iodoformique. Urines plus abondantes : 150 à 200 grammes chaque fois.

4 *juillet*. Bonne nuit. Calme et sommeil. 7 heures du matin : T. 38°, P. 100. On essaye un peu de lait, qui est rendu, mais le bouillon et le consommé glacé, ainsi que le champagne glacé, passent bien. Gaz bruyants par l'anus. *Renouvellement* des pièces de pansement extérieures, lavage des organes externes avec la solution de sublimé. Le soir : T. 37°,8, P. 94.

5 *juillet*. Bonne journée; bon aspect; aucune douleur; gaz par l'anus. Gelées de viande, consommé, champagne, crème glacée. Le matin : T. 37°,6, P. 88; le soir : T. 38°,2, P. 94. Enlèvement de l'un des tubes, qui ne donnait plus, et de tout le pansement vaginal, qui est renouvelé après lavage au bichlorure.

6 *juillet*. Bonne journée. Matin : T. 37°,5, P. 84; soir : 38°,4, P. 100.

7 *juillet*. Matin : T. 38°,4, P. 96. Nourriture; urines abondantes; enlèvement du dernier tube; lavages, pansement renouvelé; besoin d'aller à la selle. Le soir : T. 39°, P. 112.

8 *juillet*. Deux capsules Taetz à l'huile de ricin, qui provoquent deux selles abondantes suivies d'une autre petite. Après les selles : T. 37°,6. Bonne journée; appétit. Le soir : T. 38°, P. 96.

9 *juillet*. Bon état; selle naturelle; beefsteack. Vin de Bordeaux et de Porto. Enlèvement définitif du pansement. Un peu de pus audessus des tampons de gaze iodoformée. Injection vaginale au sublimé. Pour la seconde fois, cette injection est irritante et laisse de la douleur pendant plusieurs heures. Elle sera remplacée désormais par de l'eau chloralée. Matin : T. 37°,4; soir : T. 38°, P. 80 et 88.

10 *juillet*. — La malade a été tourmentée la nuit par des cuissons, suites de l'injection vaginale au bichlorure, et le jour par la prise de deux capsules Taetz. Le matin : T. 37°,6, P. 84; le soir : T. 39°, P. 112.

11 *juillet*. Bonne nuit et bonne journée.

12 *juillet*. Nuit et journée médiocres, comme l'avant-veille. Douleurs variées, agacement. Matin : T. 37°,8; soir: 39°,6. Pas de douleurs de ventre, persistance de l'appétit. Sulfate de quinine, 50 centigrammes en deux fois.

13 *juillet*. Bonne journée. Continuation du sulfate de quinine.

14 *juillet*. Sulfate de quinine. T. 37°,8 et 38°,4. Selle naturelle.

15 *juillet*. Bonne journée. Selle naturelle et abondante.

16 *juillet*. Bon état. T. 38°,4 matin; 38° le soir.

17 *juillet*. Même état. Cessation du sulfate de quinine, qui paraît difficile à digérer.

20 *juillet*. Le fil de suture du fond du vagin s'est détaché dans l'injection. Selle abondante; ventre parfaitement souple et indolent.

23 *juillet*. Le vagin, examiné avec précaution au spéculum, laisse voir une ligne cicatricielle transversale et paraissant solide.

25 *juillet*. Premier lever très bien supporté, mais grande faiblesse des jambes.

28 *juillet*. Les forces reviennent; la malade se lève deux heures et est dans l'état le plus satisfaisant.

Discussion.

M. Terrier. Dans l'une des séances dernières, je vous ai communiqué le résultat heureux que j'ai obtenu, en pratiquant l'extirpation de l'utérus par le vagin chez une femme atteinte de cancer du col. Cette femme, parfaitement guérie, a quitté mon service, ne souffrant plus et offrant un état général et un état local parfaits.

Aujourd'hui, je viens vous faire part de ma deuxième opération d'hystérotomie vaginale, opération qui tardivement a entraîné la mort de la malade par hémorrhagie intra-péritonéale.

Voici d'abord l'observation de cette malade, telle qu'elle a été recueillie par M. Lepage, interne de mon service :

Mme C... (Berthe), 34 ans, artiste dramatique, entre dans mon service le 28 juin 1885, salle Chassaignac, n° 15. Elle m'est adressée par mon ami et collègue le Dr Gouguenheim, qui l'a traitée quelque temps.

Née à Nantes, Mme C... n'habite Paris que très irrégulièrement et a beaucoup voyagé, soit en France, soit en Algérie, soit même en Amérique.

Son enfance a été pénible; bien qu'elle n'ait eu aucun phénomène de scrofule, elle était toujours faible et souffrante et aurait eu une fièvre typhoïde à 13 ans. Depuis, la malade accuse des rhumes fréquents et des fluxions de poitrine? Elle a craché le sang à diverses reprises, en particulier il y a 5 ans.

Réglée à 17 ans, elle a toujours perdu fort irrégulièrement; elle eut un enfant à 18 ans, et présenta des accidents de péritonite qui la rendirent fort malade pendant 20 mois. Son enfant mourut au bout d'un mois.

Après cette couche, abcès ganglionnaire au cou, déterminant des cicatrices encore visibles.

A 20 ans, fausse couche de 4 mois, qui amène une perte de cheveux. Du reste pas de syphilis. Depuis cette époque jusque il y a 6 mois, les menstrues ont été fort peu abondantes et apparaissaient très irrégulièrement, mais toujours sans douleurs.

Le père de Mme C... est mort tuberculeux. La mère vit encore et se porte bien. Elle a perdu un frère à 25 ans (phthisique) et une sœur à 6 ans (peut-être tuberculeuse).

En résumé, pas d'antécédents strumeux pendant l'enfance et manifestation de tuberculose ganglionnaire lors d'une première couche.

Depuis 5 mois, Mme C... se plaint de douleurs dans le ventre, douleurs siégeant surtout vers la fosse iliaque droite avec irradiations douloureuses du côté des lombes. Les règles ont disparu, ou plutôt la malade perd constamment en rouge, sans que l'écoulement ait de l'odeur. Elle ne perd pas de caillots.

L'état général s'est altéré, en ce sens que la malade est pâle et affaiblie; toutefois, elle aurait peu maigri, ce qui tient à ce que l'appétit est assez bien conservé.

Le 19 *mai* 1885, Mme C... entra dans le service du Dr Gouguenheim pour se faire traiter de son affection utérine, quasi diagnostiquée être un cancer du col. Elle fut soumise à des pansements locaux et à un traitement général tonique. Puis, M. Gouguenheim la fit passer dans mon service.

L'état général est assez bon, bien que la malade soit pâle et amaigrie. Les fonctions digestives s'exécutent bien, sauf une constipation extrême.

Pas de toux, pas de sueurs nocturnes; il n'existe qu'un peu de rudesse respiratoire au sommet gauche. Les bruits du cœur sont normaux.

La miction est facile, normale, et les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Au toucher, on constate que le col est ramolli et en partie détruit par une ulcération à bords taillés à pic, et qui envahit presque toute la lèvre postérieure, surtout à gauche, arrivant en ce point jusqu'aux insertions vaginales sur le col.

L'utérus est peu mobile; toutefois, par le toucher rectal, on peut s'assurer qu'il n'y a pas d'envahissement de la cloison recto-vaginale.

Par le toucher et le palper abdominal combinés, on s'assure que l'utérus n'est pas très volumineux et que les parties latérales de l'organe paraissent libres et sans indurations.

L'examen au spéculum permet de voir que le col est à moitié détruit par une large ulcération, ayant presque détruit la lèvre inférieure et se prolongeant en bas et à gauche jusqu'aux insertions du vagin.

L'écoulement est peu abondant, à peine odorant et coloré en brun par du sang.

Dès son entrée dans le service, la malade fut soumise à un traitement antiseptique local, consistant en trois injections par jour de solution de sublimé au 1,000e.

Le 1er *juillet*, on panse l'ulcération du col avec deux tampons d'ouate iodoformée. Ce pansement paraît provoquer d'assez vives douleurs, siégeant dans la fosse iliaque gauche.

Le 5 *juillet*, les tampons sont retirés et on en applique de nouveaux. Pendant tout ce temps la malade est maintenue au repos au lit.

L'opération est faite le 8 juillet 1885, avec l'aide de mes amis et collègues MM. Périer, Berger et Just Championnière.

L'anesthésie est faite par M. Berger. Dès quelle est assez complète, la malade est placée en travers de son lit et deux aides maintiennent les jambes écartées et les cuisses pliées sur le bassin (position du spéculum).

Une première injection antiseptique (au sublimé) est faite dans le vagin, puis, la vulve est dilatée avec les doigts. Le col, détruit à moitié, est saisi avec deux pinces de Museux, ce qui est d'ailleurs assez difficile. M. Périer m'abaisse alors un peu l'utérus, qui d'ailleurs paraît fixé profondément.

C'est donc au fond du vagin qu'on doit faire l'incision antérieure, destinée à détacher le vagin de ses attaches utérines, et à pénétrer entre l'utérus et la vessie. Cette dissection se fait peu à peu, d'abord au bistouri, puis avec des ciseaux presque mousses. Une sonde, introduite par M. Périer dans la vessie, me permet de m'assurer de l'épaisseur des tissus qui séparent son incision du réservoir urinaire. On arrive ainsi presque au cul-de-sac vésico-utérin, qu'on peut saisir avec des pinces à griffes et ouvrir au bistouri. Cette ouverture est aussitôt agrandie des deux côtés par déchirure faite avec les deux index. Il sort par la plaie péritonéale un peu de liquide séreux et un morceau d'épiploon qui est lié avec un fil de soie, reséqué et réduit aussitôt. Une éponge montée sur une pince à pression est placée sur cette ouverture péritonéale et on passe à la dissection des attaches postérieures du vagin.

Ici, les difficultés sont plus grandes, en ce sens que les pinces de Museux ne peuvent presque plus servir: le col étant à moitié ulcéré, on n'a plus de prise en arrière, tout au plus peut-on le dévier en avant, pour faciliter ce second temps opératoire.

L'incision est faite au bistouri, en empiétant un peu sur le vagin à gauche ; puis, M. Périer introduit un doigt dans le rectum pour permettre de continuer l'incision jusqu'au cul-de-sac péritonéal, sans léser l'intestin.

C'est peu à peu, avec le bistouri et les ciseaux, qu'on parvient jusqu'au péritoine, qui est encore saisi avec des pinces à griffes et ouvert avec des ciseaux mousses. Comme pour le cul-de-sac antérieur, l'ouverture péritonéale est agrandie avec les doigts.

Le sang fourni par ces deux incisions n'a pas été trop gênant et il a été épuisé avec de petites éponges montées sur des pinces à pression. De plus, à plusieurs reprises, des injections antiseptiques (liqueur de Van Swieten) ont été faites dans le vagin.

Le doigt, introduit profondément dans le cul-de-sac postérieur ouvert, permet de s'assurer que des brisés cellulaires multiples immobilisent les lèvres. Ces bords sont déchirés avec le doigt. Toutefois, comme l'utérus paraît immobilisé et trop haut, une pince de Museux est replacée sur le col, au-dessus des insertions vaginales sectionnées ; si bien que le col utérin peut être plus facilement attiré à la vulve.

Il s'agit de faire les ligatures des ligaments larges, et l'on commença par le ligament large droit.

A l'aide d'une aiguille courbe de Cooper, on passe avec facilité un gros fil double de cordonnet en soie à travers le milieu du ligament large droit ; une anse de fil est donc placée en bas du ligament large, l'autre anse doit être passée au-dessus de lui pour être ramenée en avant. Ce temps fut fort pénible, vu la difficulté d'abaisser l'utérus. En résumé, on eut de ce côté deux anses de cordonnet entre-croisées et qui furent serrées vigoureusement, à une certaine distance du bord de l'utérus. Ceci fait, le ligament large fut sectionné en suivant le bord droit de l'utérus. L'hémostase parut parfaite. Le corps utérin fut alors facilement attiré en bas et hors de la vulve. Il fut alors possible d'agir sur le ligament large gauche, comme on l'avait fait à droite en l'étreignant avec deux fils de cordonnet de soie croisés en X.

La section de ce ligament fut faite au ras de l'utérus, et il n'y eut pas de sang.

Après une toilette péritonéale faite avec des éponges montées, on sectionna au ras les quatre fils à ligature placés sur les deux ligaments larges, et un point de suture fut placé sur la paroi vaginale.

Deux tubes à drainage sont mis à droite et à gauche de ce point de suture. Le vagin est pansé avec de l'ouate iodoformée et une couche d'ouate phéniquée; le tout maintenu par un bandage en T.

L'opération a duré une heure et demie.

Dans l'après-midi, il y a eu des vomissements assez abondants ; de plus la malade se plaint de souffrir de la langue un peu tiraillée lors de l'anesthésie.

Ballonnement du ventre nul. Un peu de sensibilité au palper. Le pansement est sali par un suintement sanguinolent assez abondant. Il doit être changé.

T. 37°,8, P. 102, R. 28.

9 *juillet*. Vomissements bilieux pendant la nuit. Agitation. Peu de ballonnement, peu de douleurs à la pression.

Le pansement est encore sali et changé.

T. 38°,2, P. 98, R. 27.

Dans la journée les vomissements cessent, et la malade rend quelques gaz par l'anus à l'aide de la sonde.

300 grammes d'urine en 24 heures. La malade est sondée toutes les 4 heures.

Soir : T. 39°,1, P. 118, R. 29.

10 *juillet*. Nuit assez bonne. Un peu de douleurs abdominales. Facies pâle, inquiet, œil un peu brillant.

Un vomissement le matin après ingestion de lait froid.

Le pansement n'est plus imbibé de liquide.

T. 38°,1, P. 114, R. 27.

3/4 de litre d'urine en 24 heures. Agitation légère.

Soir : T. 39°,1, P. 135, R. 19.

11 *juillet*. Insomnie, inquiétude, pâleur de la face.

Ballonnement du ventre, surtout dans la région sous-ombilicale et à gauche. Il n'est que peu douloureux à la pression.

Un peu de hoquet ; pas de vomissement.

La malade est toujours pâle, a des sueurs assez abondantes.

Elle demande à uriner seule : on continue à la sonder. Un litre d'urine dans les 24 heures.

Matin : T. 37°,8, P. 125, R. 20.

Soir : T. 39°,1, P. 138, R. 25.

On donne à la malade plusieurs cuillerées à café de solution de morphine dans la journée.

12 *juillet*. La malade est un peu agitée : elle souffre du ventre. Pas de vomissement; pas de hoquet. Émission de gaz par l'anus facile, même sans la sonde.

La langue est blanchâtre, étalée, conservant l'empreinte des dents.

Le ventre est très ballonné, même dans la région sus-ombilicale ; il n'est pas très douloureux à la pression. Tympanisme très accusé.

Matin : T. 38°,1, P. 120, R. 22.

Soir : T. 38°,6, P. 122, R. 24.

Urines : 600 grammes dans les 24 heures. Pas d'albumine.

Dans la soirée, la malade présente du subdélirium ; elle parle beaucoup, se plaint du ventre. Demande à manger.

La nuit est très agitée : la malade crie beaucoup. Un peu de délire.

13 *juillet*. La malade est dans un état grave : elle est affaissée, répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Fait de temps en temps de profondes inspirations.

Le ballonnement du ventre est considérable. Tympanisme. La palpation du ventre ne provoque pas de douleur très marquée.

Pas de vomissement ni de hoquet.

On retire les deux tubes à drainage et les tampons d'ouate iodoformée qui sont imprégnés de sang : il existe une odeur assez forte, désagréable. Injection de deux seringues d'un liquide renfermant moitié sublimé, moitié chloral.

La sonde, introduite dans le rectum, on constate que les gaz s'échappent facilement et en assez grande abondance.

Dans la journée, la malade est très agitée, crie beaucoup. On lui fait deux injections hypodermiques de morphine.

Le soir, la malade est dans un état comateux ; elle ne répond pas aux questions. Respiration profonde.

Odeur très forte et très désagréable du côté des parties génitales.

Matin : T. 38°,4, P. 122, R. 24.

Soir : T. 39°,6, P. 142, R. 24.

Au moment de la contre-visite, la malade n'avait que 8 à 10 respirations. Dans la nuit on pratiqua, à partir de 6 heures du soir, 4 injections de chloral et sublimé. Urine : 600 grammes.

14 *juillet*. La nuit a été mauvaise ; la malade a crié constamment, très agitée. Le matin, coma. Ventre très ballonné. Pas de vomissement. La cornée est presque insensible ; l'iris se contracte à peine sous l'influence de la lumière.

Matin : T. 41°,6.
La malade succombe à 4 heures du soir.

Autopsie faite le 15 *juillet,* 25 heures après la mort.

Cavité thoracique. — Le poumon gauche est sain : pas de tubercules ni de noyau cancéreux dans aucun des deux lobes. Pas d'adhérences pleurales. Pas de congestion pulmonaire.

Le *poumon* droit est sain : quelques adhérences pleurales au sommet. La plèvre, à ce niveau, est un peu épaissie.

Le *péricarde* est un peu surchargé de graisse à sa partie antérieure. Il ne renferme que quelques grammes de liquide.

Le *cœur* présente de la surcharge graisseuse surtout en avant. Le tissu cardiaque est un peu pâle : l'épaisseur des parois des ventricules est normale. Le ventricule gauche renferme quelques caillots sanguins ainsi que le ventricule droit. Pas d'altération d'aucun des orifices.

Cavité abdominale. — La paroi abdominale est distendue : après l'avoir incisée, on constate qu'il s'échappe une notable quantité de gaz.

L'épiploon, largement étalé au-devant des anses intestinales, présente une coloration foncée, noirâtre, et il existe à son extrémité inférieure un peu d'épaisseur.

Le foie est de volume normal ; la vésicule biliaire est distendue et renferme une notable quantité de liquide verdâtre, de consistance assez épaisse ; à la coupe on constate que le tissu hépatique n'est pas très résistant, un peu pâle, et présente quelques caractères de la dégénérescence graisseuse.

Les deux reins sont de volume normal : ils se laissent décortiquer facilement. La substance corticale est pâle, un peu épaissie.

La rate est de volume et de consistance ordinaires.

En examinant le petit bassin, après avoir soulevé légèrement les anses intestinales, on constate qu'il existe un épanchement de sang coagulé d'environ un demi-litre ; toutes les parties environnantes présentent une coloration noirâtre qui remonte même, surtout à gauche, sur la paroi postérieure jusqu'au niveau du rebord des fausses côtes.

L'estomac est légèrement distendu, ne présente pas de lésions appréciables macroscopiquement ; les anses intestinales dilatées sont fortement dilatées et offrent sur de nombreux points un piqueté rougeâtre très accentué, une vascularisation assez intense, mais pas d'adhérences entre elles. Après avoir détaché le mésentère, puis enlevé le côlon ascendant et transverse, on constate qu'il existe le long du côlon descendant sur le péritoine pariétal du sang épanché et infiltré. L'intestin présente à ce niveau une coloration un peu foncée. Le rectum renferme quelques matières fécales blanchâtres ; l'ampoule rectale est très dilatée.

Après avoir enlevé en masse la vessie, le vagin et le rectum, on constate que la vessie renferme quelques grammes de liquide trouble ; les parois vésicales sont intactes ainsi que les uretères.

Après ouverture du vagin, on voit qu'il existe à gauche un noyau un peu étendu, induré, qui, à la coupe, présente un aspect lardacé un

peu noirâtre ; il existe de ce côté, remontant vers la fosse iliaque, une traînée de ganglions lymphatiques un peu indurés et présentant la grosseur d'une petite olive. A droite il existe également un noyau induré, beaucoup plus circonscrit : on ne constate pas de ce côté de ganglions lymphatiques.

Le fil placé sur la paroi vaginale est intact.

On retrouve également, de chaque côté, les deux ligatures pratiquées sur les ligaments larges : celles de gauche sont fixes, bien maintenues et assez profondément enfoncées dans les tissus. Celles de droite présentent une particularité importante : la supérieure, qui comprend une assez grande épaisseur de tissus, n'est plus serrée ; elle joue sur les tissus sous-jacents, et il existe un point où se trouvent des caillots se continuant avec l'épanchement sanguin : il y a donc lieu de penser que l'hémorragie a eu là son point de départ.

La cavité cranienne n'est pas ouverte.

L'utérus examiné au laboratoire du Collège de France par M. Dupinel offrait au niveau du col toutes les lésions caractéristiques d'un carcinome épithélial.

En résumé, messieurs, mon opérée paraît avoir succombé le 7e jour à une péritonite subaiguë, développée sous l'influence de l'hémorrhagie qui s'est produite dans le petit bassin, hémorrhagie résultant très certainement d'une insuffisance dans la ligature du ligament large droit à sa partie supérieure. A cet égard, je crois qu'au lieu de faire deux ligatures sur les ligaments larges il vaudrait mieux en pratiquer qui, étreignant moins de tissus, auraient plus de chance de ne pas se desserrer ultérieurement. De plus, je pense qu'il faut éviter de se servir du cordonnet de soie, qui serre plus difficilement que le fil ordinaire.

Je rappelle, en terminant, qu'il restait une grande quantité de ganglions engorgés dans la cavité pelvienne.

M. Trélat. Cette observation nous prouve que l'hémorrhagie provient, dans le cours opératoire, des artères vaginales, sur lesquelles il est toujours difficile d'apposer des ligatures, et que de plus il est nécessaire de faire un diagnostic très précoce pour éviter la survenance des ganglions et par suite la récidive rapide.

Présentation de malade.

Ostéoclasie pour genu-valgum paralytique.

M. Trélat présente une malade à laquelle il a fait subir, avec grand bénéfice, l'ostéoclasie du fémur pour des déformations com-

plexes du membre inférieur, résultant d'une paralysie atrophique de l'enfance.

Chez la malade, Marie C..., 28 ans, salle Sainte-Catherine, n° 4 (Charité), la paralysie semble remonter aux premiers mois de la vie. Elle porte sur tout le côté gauche : face, tronc et membres. Mais, peu accusée à la face et à la partie supérieure du corps, elle est extrêmement prononcée au membre inférieur. Avec les années, la marche est devenue de plus en plus difficile.

En mai 1884, M. Théophile Anger a fait dans son service à l'hôpital Cochin, la ténotomie du tendon d'Achille ; le pied a été rétabli en position normale. Cette restitution n'a pas amélioré la marche. L'articulation du genou présentait des déformations complexes. Avant l'entrée de la malade à la Charité, on avait pensé à de nouvelles ténotomies, particulièrement à celle du tendon du biceps crural.

Un examen très circonstancié des parties me montra que la déformation ne consistait pas simplement en une attitude vicieuse, mais que le squelette était déformé. Cette déformation comportait à première vue un genu valgum produisant 15 centimètres d'écartement entre les deux talons. De plus, en même temps que le talon gauche était écarté, il était porté en arrière du talon droit. Dans ces conditions la marche était impossible. Pour poser son pied sur le sol, la malade devait boîter très bas en fléchissant la hanche, et le membre, vu la paralysie du triceps, n'avait plus alors aucune solidité. La chute était imminente.

L'analyse du squelette du genou nous montra que le condyle interne était à la fois plus saillant et plus porté en arrière, en forme de crosse. La rotule s'était déplacée en dehors et reposait sur la saillie du condyle externe. Il n'y avait donc aucun moyen de restituer la forme normale du membre sans modifier le squelette. D'autre part, même en tenant compte de la paralysie du triceps et, dût-on plus tard immobiliser le genou par un appareil, il y avait un incontestable avantage à rétablir un membre droit permettant l'appui du pied sur le sol.

Je pris donc le parti de faire l'ostéoclasie sus-condylienne du fémur gauche, opération qui devait être rendue facile par la ténuité de tous les os du membre. L'opération fut exécutée le 17 décembre 1884 avec l'appareil de M. Collin. Un très faible effort suffit à briser l'os. Appareil plâtré sans réduction. Huit jours après : chloroforme, réduction, nouvel appareil plâtré.

La consolidation s'est faite dans les meilleures conditions. Il est à peu près impossible de reconnaître le cal. Le membre est droit et le pied porte sur le sol. La marche est devenue possible. Chaque jour la malade y devient plus habile et a subi, par le fait

de cette opération, une véritable transformation et une atténuation considérable de son infirmité. Elle a recouvré la possibilité de la station debout et la possibilité d'une certaine marche.

Les adolescents atteints de genu valgum de croissance étaient difformes avant l'opération, mais il pouvaient marcher. Notre malade était difforme aussi, mais elle ne pouvait pas marcher. L'*amélioration* est donc extrêmement importante.

Présentation de pièce et communication.

Néphrectomie.

M. Trélat. J'ai opéré il y a quatre jours une femme dans le service et avec l'assistance de M. Terrier — je vous apporte ici la pièce (hydronéphrose calculeuse).

Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, qui avait une tumeur abdominale lobulée fluctuante, et qui rendait une urine muco-purulente chargée de graviers. Comme la santé générale de la malade était bonne, je me décidai à intervenir.

Je fis l'ablation du rein malade par la voie abdominale, après avoir incisé la paroi un peu en dehors du bord externe du muscle droit. Je dis en dehors du bord externe du muscle droit, parce qu'à ce niveau le péritoine est plus intimement uni à la paroi que dans le voisinage, et que l'on risque fort de le déchirer au cours de l'opération.

La tumeur enlevée était bien un rein atteint d'hydronéphrose, et celle-ci reconnaissait pour cause un rétrécissement de l'uretère.

Discussion.

M. Terrier. Je crois qu'il n'est pas sans intérêt de signaler ce fait que l'administration hospitalière est telle, que M. Trélat ait dû renoncer à opérer certains malades dans ses propres salles. Je profite de l'occasion pour dire un mot sur l'endroit où il est plus convenable de pratiquer la néphrectomie. L'incision postérieure est le plus mauvais procédé opératoire, parce qu'on se trouve dans une cavité profonde où il est difficile de voir et d'agir. Le procédé qui est le mieux indiqué est celui de M. Langenbuch, qui consiste à pratiquer l'incision en dehors du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, c'est-à-dire là où le péritoine est le plus facile à décoller.

Présentation de malade.

Par M. le Dr Bouilly.

La communication de M. Segond, sur l'ouverture des abcès de la prostate par la voie périnéale, et le rapport de notre collègue Reclus, sur le même sujet, m'engagent à présenter à la Société un malade auquel j'ai fait la destruction d'une prostate tuberculeuse suppurée par le grattage à la cuiller tranchante.

Voici l'histoire de ce malade que je prie mes collègues de vouloir bien examiner.

Prostatite tuberculeuse suppurée. — Fistules périnéales. — Grattage et ablation de la prostate à la cuiller tranchante. — Guérison.

Le nommé C..., âgé de 42 ans, employé au télégraphe, est entré une première fois, au mois de mai 1884, à l'hôpital Beaujon, service de M. Labbé, pour une orchi-épididymite tuberculeuse suppurée. M. Schwartz lui pratiqua avec succès la castration du côté droit ; la guérison se fit rapidement et sans encombre.

Cet homme rentre à l'hôpital à la fin de la même année. Il est blanc, pâle, émacié et se plaint de ne pouvoir uriner qu'avec les plus grandes difficultés.

La région périnéale, en avant de l'anus, est bombée, douloureuse, sans rougeur marquée à la peau ; le toucher rectal récèle une induration et une augmentation de volume de la prostate qui est extrêmement douloureuse.

La rétention d'urine est presque complète ; quelques gouttes d'urine sont rendues avec la plus vive douleur.

La fièvre est vive, à 39°, 5 et 40° le soir ; l'état général est mauvais.

Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde molle en caoutchouc rouge, permet de vider la vessie en provoquant de vives douleurs. Le 29 juin, l'introduction de la sonde est suivie d'une adondante évacuation de pus par l'urèthre, de la diminution des douleurs et de la possibilité de la miction spontanée. Néanmoins, le cathétérisme est continué.

Au bout de peu de jours, le 5 juillet, le périnée est rouge et fluctuant ; une incision pratiquée suivant le raphé médian au-devant de l'anus donne issue à une grande quantité de pus fétide.

Dans les jours qui suivent, la miction reste pénible et douloureuse ; le malade se sonde toutes les fois qu'il a besoin d'uriner. Mais les dégâts du côté du périnée vont en s'accentuant. De la première ouverture part un décollement sous-cutané qui remonte en avant jusqu'à la racine des bourses ; une sonde cannelée introduite dans la profondeur se dirige vers le rectum, à travers lequel elle peut être facilement sentie.

Une certaine quantité de pus s'écoule toujours par l'urèthre, soit au moment de la miction, soit en dehors de ce moment. L'état général

est mauvais ; il y a une véritable fièvre septique ; la situation est très grave.

Le diagnostic est évident : il s'agit d'une prostatite tuberculeuse suppurée avec ouverture spontanée dans l'urèthre et périprostatite ouverte au périnée.

La poitrine ne présente que des signes de congestion sans tuberculose avérée.

Le testicule gauche est sain.

17 *juillet*. Opération. Anesthésie. Tout le trajet est fendu au thermo-cautère sur la sonde cannelée depuis l'anus jusqu'à la racine des bourses. Les lèvres de cette plaie écartées, on tombe en avant de la région anale dans une vaste caverne qui remonte très haut le long de la paroi antérieure du rectum. On reconnaît facilement la région bulbeuse de l'urèthre, et à partir de ce point le canal est entouré de parties indurées et suppurées dans lesquelles il est perdu.

Toutes ces parties sont soigneusement grattées à la cuiller tranchante jusqu'à ce que les parois de la loge paraissent saines et résistantes et pendant qu'un doigt fréquemment introduit dans le rectum suit les progrès de l'instrument. Celui-ci ramène de grandes quantités de masses caséeuses indurées et ramollies. L'urèthre se trouve isolé de toutes parts, sauf à sa partie supérieure, et traverse comme un pont la région grattée et vidée. Il est impossible de voir où siège la perforation qui fait communiquer le canal avec les parties molles du périnée.

Pendant toute la durée du grattage, de fréquentes injections au chlorure de zinc en solution à 5 0/0 sont pratiquées dans la région.

Toute la cavité est bourrée avec de la gaze iodoformée maintenue par du coton et un bandage en T. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie.

Cette intervention radicale fut suivie des meilleurs résultats immédiats et définitifs. La fièvre tomba de suite pour ne plus jamais se reproduire ; les douleurs de la miction ne se firent plus sentir. Au bout de dix jours la sonde à demeure fut supprimée et remplacée par le cathétérisme répété par le malade à chaque besoin d'uriner.

En quatre mois, après des pansements soit à la gaze iodoformée, soit à la mousseline imbibée de solution phéniquée huilée et après quelques attouchements à la teinture d'iode, la vaste brèche était absolument cicatrisée, sauf un pertuis fistuleux siégeant à un centimètre en avant de l'anus et pouvant admettre une sonde cannelée.

Le malade sortit de l'hôpital le 2 octobre. Il revint me voir le 26 octobre. La transformation est complète : l'embonpoint est revenu ; les forces et l'appétit sont excellents ; le malade fait des courses et j'ai peine à reconnaître dans cet homme le malheureux, pâle, émacié et menacé d'une mort prochaine, que j'ai opéré à la fin de juillet.

Pendant les mois qui suivirent, jusqu'en juin 1885, cet homme, sur mon conseil, a continué à se sonder régulièrement pour maintenir la dilatation du canal et obtenir l'oblitération de la petite fistule. Des bougies de calibre croissant jusqu'au n° 24 ont été introduites dans le

canal. La fistule a été, à plusieurs reprises, traitée à la teinture d'iode, au nitrate d'argent et cautérisée avec la pointe fine du thermo-cautère.

Actuellement elle est réduite à un petit trou imperceptible dans lequel on ne peut introduire un stylet de trousse et par lequel suinte, au moment de la miction et pas à chaque fois, une gouttelette d'urine qui mouille à peine un petit linge que le malade applique sur la région.

La miction est facile et se fait à plein canal; le cathétérisme est suspendu depuis le commencement de juin 1885.

Cet homme n'a que peu d'érections et il n'a plus d'éjaculation; double fait qui n'a rien de surprenant avec la suppression d'un testicule et la destruction certaine des canaux éjaculateurs.

L'état général est très bon; les poumons n'ont jamais donné aucune menace. L'homme a repris ses occupations d'employé télégraphiste.

La cicatrice périnéale est lisse, solide, étendue de la racine des bourses à l'anus; le toucher rectal indique dans la région prostatique une résistance dure, ligneuse, dont la présence ne permettrait pas de croire à une destruction aussi complète de l'organe.

Les vésicules séminales paraissent saines. En résumé, je m'applaudis beaucoup de cette intervention, dans laquelle j'ai traité la prostate tuberculeuse comme un véritable abcès froid et par les procédés qui m'ont déjà donné bon nombre de succès durables.

Présentation d'instrument.

M. Périer présente une espèce de bas lacé dans lequel se trouvent des ressorts d'acier souples, destiné au traitement de fractures à consolidation tardive.

Bas lacé à attelles d'acier.

Il est certaines fractures de jambe et même du fémur dont le cal reste mou et flexible pendant un temps presque indéterminé. Il est d'observation qu'on en obtient la consolidation en faisant lever les malades et en leur permettant de marcher munis d'un appareil suffisant et à l'aide de béquilles. L'appareil qui m'a paru le plus commode et le meilleur à tous points de vue est un bas lacé en peau de chien sur lequel je fais coudre verticalement une série de lamelles d'acier très minces et larges d'un centimètre. La minceur de ces lames leur permet de se mouler sans pression douloureuse sur toutes les saillies du membre; mais la largeur d'un centimètre suffit pour qu'elles ne puissent fléchir dans le sens de leurs bords.

Dans ces conditions, un bas pourvu de huit de ces lames vaut l'appareil inamovible le plus solide, et s'applique avec la plus grande facilité et avec le degré de constriction exact qu'on veut lui donner ; il suffit pour cela de serrer plus ou moins le lacet.

Voici un de ces bas qui a été confectionné chez M. Collin. Je l'ai employé non seulement pour des retards de consolidation, mais maintenant je l'applique chez tous les fracturés de jambe dès qu'ils se lèvent, et je puis affirmer que les malades supportent mieux ce bas qu'un appareil silicaté, si bien fait qu'il soit.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 5 août 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° M. le Dr H. Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims, envoie à la Société : *Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie; De l'influence de la presse sur la criminalité;*

3° M. Assaky envoie un travail : *Étude expérimentale sur les fractures de la cavité glénoïde de l'omoplate* (commissaire : M. Farabeuf);

4° M. le président annonce à la Société que MM. Baudon et Saxtorph (de Copenhague), membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. le secrétaire général donne lecture des deux notes suivantes :

Note envoyée par M. Després.

« La malade que j'ai opérée d'un kyste uniloculaire de l'ovaire par la ponction et l'injection iodée, le 22 janvier 1882, a été revue par moi le 1er juillet 1885. La guérison est complète, et la malade est actuellement en place et fait bien son service ; sa menstruation est régulière. Il n'y a plus traces de tumeur. La malade a été présentée d'ailleurs à la Société de chirurgie dans la séance du 12 juillet 1882. »

Note envoyée par M. Gillette.

Hystérectomie vaginale pour cancer, suivie de guérison.

« M. Gillette, à l'occasion des faits récents d'hystérectomie vaginale de MM. Tillaux, Terrier et Trélat, a l'honneur de présenter à la Société un gros utérus cancéreux, dont il a fait l'ablation également par le vagin, le 25 *juillet dernier*.

La malade (50 ans), qui avait fait toutes les imprudences inimaginables, comme de se lever la nuit qui suivit l'opération et 4 jours après, pour faire le tour de sa chambre, est aujourd'hui absolument rétablie : elle n'a pas présenté le plus petit accident, sauf pendant le cours de l'opération. M. Gillette a fait aussi construire un nouvel instrument qui, comme *préhenseur* et *tracteur* de l'utérus, permet d'attirer commodément, de fixer et de ne point lâcher cet organe, ce qui rend cette opération plus facile. »

M. Polaillon. Si j'avais été présent à la dernière séance, j'aurais fait connaître un fait de kyste du parovarium qui a récidivé après une ponction faite trois années auparavant. Ce fait, que j'ai communiqué à la Société de médecine de Paris, le 27 juin, et qui est actuellement sur le point d'être publié dans l'*Union médicale,* est relatif à une femme que j'ai ponctionnée en 1880. Je retirai alors 8 litres de liquide clair comme de l'eau de roche et sans albumine. Après cette ponction, ma malade fut guérie pendant 3 ans. Puis le kyste se reforma peu à peu. Le 25 avril dernier, j'ai pratiqué l'ablation de ce kyste par l'ovariotomie. La poche était sessile, sans être positivement incluse dans le ligament large. J'ai dû suturer le fond du kyste à la partie inférieure de l'incision. La malade a guéri rapidement. Le fond du kyste s'est éliminé par gangrène et suppuration. J'ai signalé dans cette communication que les kystes du parovarium récidivent souvent après la ponction, et que le meilleur moyen de les guérir est d'en faire l'ablation par la laparotomie.

Rapport

Sur divers faits de polydactylie, par le Dr Guermonprez (de Lille).

(Rapport par M. Polaillon.)

Sous ce titre, M. le Dr Guermonprez touche plusieurs questions intéressantes de la chirurgie des doigts surnuméraires. Il a donné un résumé si condensé de ses observations, que je vous demande la permission de le reproduire intégralement avec les figures qui facilitent l'intelligence du texte :

1° « Un confrère fit d'abord l'amputation dans la continuité d'un pouce surnuméraire, et le pouce repoussa. Il fit une seconde opération, selon la même méthode, en approchant de plus près la surface articulaire : le pouce repoussa de nouveau (*fig.* 1). Appelé à ce moment, je proposai la désarticulation, me basant sur les grandes probabilités de guérison, sans compromettre les mouvements du pouce normal. Deux autres chirurgiens lillois furent appelés à donner leur avis : l'un appuya ma proposition, l'autre fut d'avis de



Fig. 1.

Résultat de deux opérations de pouce surnuméraire sans ouverture de l'articulation métacarpo-phalangienne.





Fig. 2.

Résultat de la troisième opération avec incision simple, d'abord longitudinale et presque palmaire, puis suivant la partie externe du pli d'opposition.

renouveler les deux premières opérations. Alors intervint l'un des membres justement estimés de la Société de chirurgie, qui me fit l'honneur d'appuyer ma proposition. L'opération fut faite par la désarticulation ; l'articulation du pouce normal fut largement ouverte, la réunion fut obtenue par première intention et les mouvements furent restaurés ; ils sont même devenus, d'après la mère de l'enfant, plus étendus qu'avant cette dernière opération (*fig.* 2). »

La reproduction plus ou moins complète d'une phalange surnuméraire amputée dans la continuité chez de jeunes enfants avait déjà été observée par White, Bromfield et Hamilton. M. Chrétien en a fait récemment l'objet d'une communication à la Société de chirurgie (*Bull.*, t. VIII, p. 607 ; 1882). Ce singulier phénomène s'ex-

plique par la conservation du point d'ossification supérieur de la phalange. L'ossification continue à se faire après l'ablation de la diaphyse phalangienne et reconstitue une partie de l'os retranché. Il se passe là un phénomène analogue à celui que M. Verneuil a désigné sous le nom de *conicité physiologique des moignons chez les enfants*, et qui est dû à l'allongement physiologique de l'os par la conservation du cartilage juxta-épiphysaire supérieur. M. Guermonprez soutient avec juste raison qu'il faut amputer les doigts surnuméraires dans la contigüité et non dans la continuité, afin de se mettre à l'abri de cet accident.

2° M. Guermonprez s'occupe ensuite de la meilleure incision pour faire ces amputations. Il constate que les incisions qui donnent un lambeau en V sont défectueuses, et qu'il est préférable de faire l'incision en raquette de manière à contourner le pli d'opposition, quand il s'agit du pouce. Quand il s'agit d'un auriculaire supplémentaire, la plaie opératoire doit être linéaire. Enfin notre confrère est de l'avis de tous les chirurgiens quand il conseille d'éloigner la cicatrice de la face palmaire, afin que cette cicatrice ne devienne pas douloureuse pendant la préhension.

« Pour le tracé de la plaie chirurgicale, dit-il, la méthode à lambeau en V, à sommet inférieur, ne donne pas un résultat suffisamment beau au point de vue esthétique. Ma seconde observation en donne la preuve : 25 ans après l'opération, la cicatrice est visible



Fig. 3.

Résultat de l'opération du pouce surnuméraire par l'incision en V ; défectueux au point de vue esthétique, irréprochable au point de vue fonctionnel.

du côté dorsal et du côté palmaire, alors qu'un seul côté suffirait; elle donne au lambeau une forme vraiment saillante dans les mouvements de flexion et dans ceux d'abduction du pouce; il se produit alors une sorte de froncement de la peau qui exagère cette saillie (*fig.* 3).

« Dans le premier fait (*fig.* 2), l'incision fut faite d'abord dans le sens longitudinal du côté palmaire, assez près de la collatérale externe du pouce; elle fut continuée dans le pli d'opposition de celui-ci. Actuellement la ligne cicatricielle est aussi dissimulée que possible.

« Dans la troisième opération (*fig.* 4), en raison de la condition sociale du sujet, la ligne cicatricielle est rejetée sur le côté dorsal

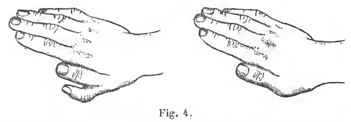


Fig. 4.
Résultat de l'opération du pouce surnuméraire par l'incision en raquette, avec cicatrice longitudinale et dorsale.

du bord externe, et la saillie de la tête du métacarpien reste très visible, d'abord en raison de l'âge plus avancé du sujet, et ensuite à cause de la surface plus large et plus transversale que la tête métacarpienne offrait au pouce surnuméraire.

« Dans la quatrième observation (*fig.* 5), il s'agit d'une naine dont les deux mains sont au moins disgracieuses. Les auriculaires

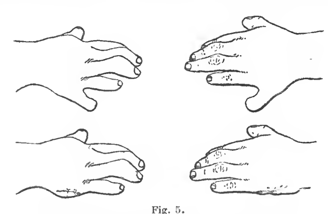


Fig. 5.
Ablation de deux auriculaires surnuméraires et de la tête bifide du 5e métacarpien : résultats de l'incision en raquette.

surnuméraires reposaient l'un et l'autre sur une branche de bifurcation du 5e métacarpien. A la main droite, l'articulation des deux 5es métacarpiens était commune : elle fut nécessairement ouverte comme dans les trois premiers faits. Chez cette naine, la branche de bifurcation du 5e métacarpien fut enlevée à l'aide d'une petite scie à marqueterie, la réunion fut obtenue par première intention, et la cicatrice simplement longitudinale et située sur le dos de la main n'apporte aucune gêne aux mouvements. »

3° Par plusieurs observations, M. Guermonprez prouve que l'amputation d'un doigt surnuméraire n'est pas une opération de complaisance, mais une opération utile, parce que le doigt anormal gêne les fonctions de son congénère et contribue à lui donner une mauvaise direction et une mauvaise forme.

« Dans le sixième fait (*fig.* 6), le pouce surnuméraire presque ankylosé dans son articulation métacarpo-phalangienne demeure




Fig. 6.

Pouce surnuméraire presque ankylosé dans son articulation métacarpo-phalangienne et très défectueux au point de vue fonctionnel.

toujours saillant; il apporte une gêne véritable dans l'éducation de la main de l'enfant.

« Dans le cinquième fait (*fig.* 7), il y a lieu de regretter la temporisation. A mesure que le sujet avance en âge, l'entre-croisement

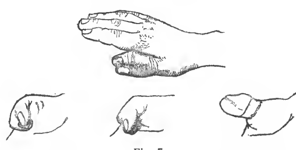


Fig. 7.

Conséquences de la temporisation : entre-croisement de plus en plus accentué du pouce normal et du pouce surnuméraire.

des deux phalanges unguéales s'accentue davantage; dans l'extension, c'est celle du pouce principal qui est le plus obliquement dirigée; dans le mouvement de flexion, c'est celle du pouce surnuméraire. Cette circonstance est incontestablement nuisible au bon fonctionnement de la main.

« Le sujet (*fig.* 8) de la septième observation est arrivé à un âge avancé et ne se trouve guère gêné par son pouce surnuméraire très atrophié; mais c'est là une innocuité assez rare. »

Mais l'indication de supprimer les doigts surnuméraires n'est pas

seulement une question d'esthétique et une question de bon fonctionnement de la main, c'est encore une question de retour à la

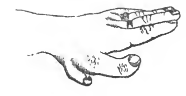


Fig. 8.
Pouce surnuméraire, peu pénible au point de vue fonctionnel.

conformation normale pour la descendance des polydactyles. On sait que la polydactylie est héréditaire. Or, en enlevant pendant l'enfance les doigts surnuméraires, on a chance de préserver les enfants que procréera l'opéré d'une difformité semblable à celle qu'il portait lui-même.

4° « Les faits d'index surnuméraire ne sont pas nombreux. Le sujet de la huitième observation (*fig.* 9) a un index surnuméraire à

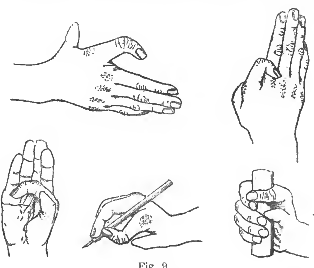


Fig. 9.
Index surnuméraire faisant fonction de pouce, pouvant même, grâce à ses trois phalanges, se trouver fléchi sur la face dorsale de l'index normal. Non-valeur du pouce, dont les mouvements sont très restreints et la vigueur presque nulle. D'où résulte l'indication de *conserver le doigt surnuméraire* et d'amputer le pouce proprement dit.

chaque main. Circonstance étrange, la main gauche n'a pas de pouce, et l'index surnuméraire en fait l'office, bien que le premier

espace intermétacarpien soit relativement peu étendu. Des trois phalanges de cet index surnuméraire, la première et la dernière ont une longueur normale; la seconde est notablement plus courte et rappelle la partie analogue des orteils.

« A la main droite du même sujet se trouve un pouce à peine opposable, doué d'un mouvement de flexion vraiment rudimentaire au niveau de l'articulation de son unique phalange avec le métacarpien correspondant. L'index surnuméraire est, au contraire, doué de mouvements très étendus, sauf au point de vue de l'écartement du premier espace intermétacarpien : il peut faire la flexion, l'extension, l'opposition; il peut même être replié sur la face dorsale de l'index normal. C'est lui qui fonctionne pour l'écriture, le dessin, la préhension de tous les objets et pour les efforts de toute nature. Ainsi on est conduit dans ce cas à cette indication chirurgicale peu prévue de conserver le doigt surnuméraire et d'amputer le pouce proprement dit. »

En dernier lieu, M. Guermonprez constate que l'ouverture d'une articulation phalangienne ou métacarpo-phalangienne ne présente aucun danger pour l'avenir de cette articulation. Nélaton avait déjà montré que les plaies pénétrantes des petites articulations des doigts se guérissent ordinairement sans ankylose. A plus forte raison les plaies chirurgicales que l'on panse d'après la méthode antiseptique se guérissent-elles sans compromettre les fonctions des doigts.

Discussion.

M. Magitot. M. Polaillon a dit qu'il fallait toujours opérer les polydactyles; à son sens, l'opération peut avoir une certaine importance au point de vue héréditaire, et pourrait empêcher la lésion de se reproduire chez les enfants ou tout au moins dans la descendance. Je ne crois pas que l'opération ainsi faite puisse amener le résultat indiqué par M. Polaillon.

M. Polaillon. C'est une question obscure. Un individu observé par Scoutetten avait eu la main mutilée avant son mariage. Ses enfants ont eu des malformations; des lésions traumatiques ont donc pu produire des malformations héréditaires. Hippocrate avait dit que des boiteux engendraient des boiteux. Chez les rats à qui on a coupé la queue, la descendance n'a plus de queue. Les Chinois ont pu ainsi produire chez les chiens des malformations. Il y a donc utilité à supprimer ces malformations.

M. Magitot. Il y a des faits contraires en très grand nombre. Il y a des peuplades qui se coupent le doigt, le pouce par exemple, et n'ont jamais eu d'enfants sans pouce.

Il ne faut pas s'y tromper, la sélection est pour beaucoup dans

ces malformations. C'est en associant des animaux à queue très courte qu'on a pu arriver à avoir des animaux sans queue.

M. de Saint-Germain. Un fait, la circoncision, prouve l'absence d'hérédité chez un peuple qui la pratique depuis plusieurs milliers d'années; la brièveté du prépuce n'est pas héréditaire chez les Israélites.

M. Polaillon. Il est possible que la présence d'une malformation ait une certaine influence. Pourquoi ne pas chercher à la supprimer. Il n'y a là que des probabilités.

Conclusions du rapport.

1° Adresser des remerciements à M. Guermonprez ;
2° Insérer les dessins dans le corps du rapport.
Ces conclusions sont adoptées.

NOTE ENVOYÉE.

Fracture directe du pariétal droit avec plaie et enfoncement circonscrit. — Accidents méningitiques au 10e jour. — Trépanation. — Cessation immédiate des accidents. — Guérison, par M. le Dr Dieu, médecin principal de l'armée, membre correspondant.

Augustin (Nicolas), cultivateur, constitution forte, tempérament sanguin, engagé volontaire au 1er régiment de zouaves depuis le 21 mai 1883, n'a jamais eu de maladies antérieures.

Dans la nuit du 1er au 2 janvier 1885, ce militaire reçoit à la tête, au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal droit un violent coup de pierre; il tombe et reste sans connaissance environ un quart d'heure, puis relevé par ses camarades, il reprend ses sens, peut marcher et rentrer facilement seul à la caserne.

Le 2, il se présente à la visite, la tête inondée de sang, et est envoyé d'urgence à l'hôpital du Dey, où l'on constate au point frappé une plaie contuse de 4 centimètres d'étendue allant jusqu'à l'os. De plus, l'exploration de la plaie avec le doigt permet de reconnaître un enfoncement de la paroi osseuse, enfoncement bien limité par une fêlure de la table externe.

Ces signes physiques ne s'accompagnent ni de troubles généraux (pas de fièvre), ni d'aucun symptôme cérébral.

Dans ces conditions, aucune intervention plus active ne semblait à ce moment nécessaire. On se borne à raser les bords de la plaie, à la rendre aseptique par des lavages à l'eau phéniquée tiède, et à la panser tous les deux jours comme il suit : les lèvres sont maintenues écartées par deux tampons d'étoupe antiseptique imbibés de glycérine iodoformée, et toute la tête est recouverte d'un pansement de Lister.

Cependant, vu la gravité du traumatisme, le blessé est laissé au repos le plus complet et sous une surveillance rigoureuse, avec notation de la température deux fois par jour. Son état se maintient excel-

lent; bon sommeil, pas de troubles digestifs, bel aspect de la plaie, qui est indolente, qui bourgeonne et se rétrécit tous les jours; bien-être tel que, le 9 janvier, le malade demande à lire et à se lever. On ne permet pas la lecture, mais on l'autorise à s'asscoir quelques instants à côté de son lit.

Le lendemain, 10, il se lève, quitte la salle et va s'asseoir une heure sur un banc du jardin sans être incommodé : le thermomètre marquait toujours 37° matin et soir.

Le 11 *au matin*, T. 39°,5, P. 100. L'infirmier de garde et ses voisins disent que le blessé a été agité et a mal dormi. Nous le trouvons à la visite dans l'état suivant : cris plaintife, coma dont on le tire difficilement, il répond cependant lorsqu'on l'appelle et il accuse de violentes douleurs de tête. On constate par moments qu'il a des nausées, des soubresauts de tendons, surtout dans le membre supérieur gauche, beaucoup d'hyperesthésie cutanée surtout à gauche. Rien d'anormal du côté des yeux, sauf un peu de paresse du releveur de la paupière gauche. D'autre part, l'examen de la plaie ne révèle aucune complication locale capable d'expliquer l'intensité de ces symptômes généraux, vraisemblablement méningitiques.

Calomel, 1 gramme, et lavement purgatif.

Le même jour, à midi, T. 40°,3; à 3 heures, T. 39°,5. Même état grave, sauf un peu moins de paresse et un peu plus de netteté dans les réponses.

Séance tenante, après chloroformisation, l'opération du trépan est pratiquée. La tête est lavée et rasée; deux incisions cruciales de 10 centimètres forment quatre lambeaux, que quelques coups de rugine décollent de la voûte du crâne. Leur écartement met à découvert un enfoncement osseux circonscrit par la fêlure déjà constatée, enfoncement de forme elliptique dirigé de l'angle postéro-supérieur vers l'angle antéro-inférieur du pariétal droit, fixé et engrené dans le reste du pariétal, sans fissures apparentes, mesurant 43 millimètres dans son grand diamètre et 3 centimètres dans son plus petit.

La plus large couronne du trépan, placée sur l'os sain, au bord antéro-interne de la fêlure, ne permet pas de mobiliser le plateau enfoncé; une deuxième rondelle osseuse enlevée à côté de la première facilite l'ablation par morceaux de la table externe et de la table interne, également fracturée. La dure-mère, mise à nu dans une étendue de 4^{cq},5, montre sur sa face externe, à la partie antérieure de la plaie, un gros caillot adhérent et dur, et en arrière quelques gouttes de pus s'écoulent au moment où à l'aide de l'élévatoire on fait sauter le fragment postérieur; on ne touche pas au caillot; même pansement qu'avant l'opération.

Revenu du sommeil chloroformique, le malade a une céphalalgie moins vive et répond mieux aux questions. Cependant, à 9 heures du soir, il a encore des soubresauts de tendons, il pousse des gémissements et sa température est de 40°,2.

Le 12, T. 39°,8 le matin. Hébétude persistante, soubresauts de tendons, moins d'hyperesthésie.

Calomel, 1 gramme, et lavement purgatif.

Application à chaque apophyse mastoïde de 10 sangsues successivement 2 par 2.

Le 13, T. 37° le matin et 37°,8 le soir. Mal de tête léger, bon sommeil, disparition de tous les symptômes méningitiques.

Le peu de nourriture prise est bien supportée. Deux selles abondantes.

Le 14, T. 37°,2 le matin et 38°,2 le soir. État général excellent, salivation mercurielle légère.

Potages, un œuf.

Le 16, T. 37° matin et soir. État général très bon; le pansement renouvelé montre que la plaie a un excellent aspect. La dure-mère et l'os se couvrent d'une couche rosée de petits bourgeons charnus, soulevée par les battements cérébraux. Accomplissement normal de toutes les fonctions cérébrales : le soir on trouve l'opéré occupé à dessiner sur un carnet.

Une portion, deux portions de vin.

Le 16, T. 36°,8 matin et soir. Plus de mal de tête, bon appétit; selle abondante.

Les 17, 18, 19, 20, même état général excellent.

Le 21, le malade se lève.

Les jours suivants, il circule librement; depuis son état a toujours été ce qu'il était antérieurement à l'accident.

Les pansements, toujours les mêmes, deviennent de plus en plus rares. La plaie opératoire marche rapidement vers la cicatrisation, et la suppuration a toujours été aussi minime que possible.

Aujourd'hui, 26 février, la plaie est cicatrisée; les battements cérébraux sont encore perceptibles à travers la cicatrice.

Cet homme sera proposé pour la réforme.

La question des indications du trépan est certes une des plus controversées en chirurgie, et le praticien aux prises avec une fracture du crâne et qui veut être classique, si je puis dire, est bien embarrassé. Lorsqu'on relit les discussions si intéressantes de la Société de chirurgie, on voit se manifester les opinions les plus diverses ; et tandis que les uns conseillent la trépanation préventive dans certaines fractures, d'autres au contraire repoussent cette opération dans presque toutes les circonstances.

Le cas qui s'est présenté à notre observation était relativement simple.

Un soldat reçoit un coup de pierre qui produit une plaie avec fracture et enfoncement peu considérable au niveau du pariétal droit, il tombe sur le coup, puis après quelques instants il reprend connaissance, rentre seul à la caserne, et arrive le lendemain à l'hôpital, ne présentant aucun accident.

Le diagnostic était facile ; à l'aide de la vue et du toucher, on pouvait constater la fracture avec enfoncement. Devais-je pratiquer de suite le trépan ? Ai-je eu tort de ne pas intervenir ? C'est possible et même probable, et il serait bien désirable que la science soit définitivement fixée sur ce point. Devant l'absence de toute complication, je fis de l'expectation, et les jours suivants je me félicitais de ma conduite ; l'état général de mon malade était excellent ; sous l'influence d'un pansement antiseptique la plaie était superbe, et commençait à se cicatriser.

Malgré tout, je surveillais attentivement mon blessé, sachant combien les accidents tardifs sont fréquents. Sa température était prise matin et soir, il était maintenu au lit, je lui interdisais la lecture, l'écriture, et il était soumis à un régime modéré.

Lorsque dans la nuit du 11e jour, des accidents très graves éclatent, la température, qui la veille au soir était de 37°, atteint en quelques heures 40°, le blessé ne parle plus, reconnaît à peine, a des soubresauts de tendons, une agitation extrême, enfin de nombreux signes indiquant un commencement de méningo-encéphalite. Là encore il était permis d'hésiter dans l'opportunité d'une intervention chirurgicale, car au sein de la Société de chirurgie, on a donné la fièvre, le délire, comme des contre-indications du trépan. Nous intervenons cependant, et 36 heures après l'opération nous assistons à une véritable résurrection de notre blessé ; il y avait déjà du pus entre les os et la dure-mère, et il n'est pas douteux que ce malade serait mort d'une méningo-encéphalite si on avait laissé se développer plus longtemps les accidents.

Je pense donc qu'au cas particulier, on peut mettre cette observation à l'actif du trépan.

Du reste il faut bien le dire, les chirurgiens d'aujourd'hui interviennent beaucoup plus souvent qu'il y a 20 ans, et il est probable que d'ici à peu de temps, grâce aux pansements antiseptiques qui font pour ainsi dire disparaître tous les accidents et complications des plaies, la question du trépan préventif dans les fractures du crâne avec plaie et enfoncement, admise par quelques-uns, sera admise par le plus grand nombre des chirurgiens, même lorsqu'il n'y a aucun signe immédiat de compression.

Comme c'est à l'aide de faits seulement que la chirurgie pourra être fixée sur ce point si difficile, nous avons cru devoir soumettre notre observation au jugement de la Société de chirurgie.

Présentation de malade.

M. Lucas-Championnière présente, 10 ans après l'opération, un malade qui a été trépané.

La séance est levée à 5 heures.

Pour le Secrétaire, P. Gillette.

Nepveu.

Séance du 12 août 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* (4e fascicule de 1884 et 1er fascicule de 1885) ;

3° *On gonorrhal Rheumatism in infants ; the result of purulent ophtalmie*, par le Dr Clément Lucas (de Londres) ;

4° *Injuries of the main blood-vessels in the axilla consent by efforts to reduce dislocation of the shoulder*, par le Dr Lewis-A. Shmison (de New-York), membre correspondant.

5° M. le Dr Guermonprez (de Lille), *Kyste dermoïde du doigt;* brochure in-8° ;

6° M. le Dr Perier dépose, de la part de M. le Dr René Florency, une thèse intitulée : *Étude sur la luxation sus-acromiale de la clavicule ;*

7° M. le Dr E. Thomas, membre correspondant : *Du Curage de l'aisselle dans le cas de cancer du sein ;*

8° M. Rohmer, agrégé à la Faculté de Nancy, offre à la Société : 1° *Le Sarcocèle syphilitique ;* 2° *Expériences sur le catgut pour*

la ligature des artères dans la continuité (avec M. GROSS) ; 3° *Du Pansement à l'iodoforme ;* 4° *Observations de clinique chirurgicale ;* 5° *Les Variations de formes normales et pathologiques de la plante des pieds*, étudiées par la méthode graphique ;

9° M. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) : *Abcès froid de la fosse iliaque gauche ; ouverture et raclage ; pansement avec les siphons-drains ; guérison* (M. Berger, rapporteur) ;

10° M. ROHMER, agrégé de la faculté de Nancy : *Observation de greffe oculaire (œil de chien) chez une femme de 42 ans ; le globe de l'œil transplanté adhère par première intention aux parties molles de l'orbite ; sphacèle de la cornée le 7e jour ; atrophie du globe* (M. TERRIER, rapporteur).

M. le professeur PALIZZARI (de Florence), membre associé, assiste à la séance.

Rapport.

Sur un mémoire de M. LINON, médecin-major : *Sur cinq observations de plaie de tête ;* sur une observation de M. BÉLIME, médecin-major : *Trépanation suivie de succès. Localisation cérébrale. Trépanation chez les Kabyles.*

Par le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Les contributions à l'étude de la trépanation ne sont pas très communes, et cependant la proscription qui frappait encore il y a quelques années ce genre d'opération faiblit en présence des preuves de plus en plus nombreuses de son innocuité. Au congrès français de chirurgie, d'intéressantes communications sont venues appuyer la doctrine que j'ai développée devant vous, il y a dix ans bientôt, alors que je soutenais que les notions encore toutes neuves de localisation cérébrale devaient jouer un rôle très important dans la détermination du chirurgien pour certains cas.

Permettez-moi de vous rappeler que mes communications sur la trépanation ont eu ici un sort assez remarquable. L'observation de succès que je rapportais (1875) est ma première communication à la Société de chirurgie, sur la chirurgie antiseptique ; et dans son rapport très bienveillant sur cette trépanation, M. Duplay disait nettement que j'avais singulièrement exagéré l'importance du pansement antiseptique pour l'innocuité de la trépanation et d'autres opérations chirurgicales.

Les temps sont bien changés. La minorité qui soutiendrait une

pareille opinion est aujourd'hui considérée comme quantité négligeable; on ne discute plus sur l'évidence d'une vérité acquise pour tout le monde.

Cela semble si naturel aujourd'hui, qu'il y a des gens tout disposés à oublier la part que j'ai prise à ce mouvement, part représentée par bien des années de discussion et d'expérience.

J'avais commencé le bon combat pour la chirurgie antiseptique pendant mon internat et je l'ai continué longtemps devant vous avant d'avoir gain de cause. Comment ne serait-on disposé à m'oublier un peu, puisque, suivant une loi de l'évolution des sciences si spirituellement exposée par Chassaignac, un certain nombre s'évertue, même vigoureusement, à dépouiller Lister, dont je n'ai été que le disciple.

Quoiqu'il en soit, je ne souhaite qu'une chose, c'est que la vérité éclate pour la trépanation comme pour la chirurgie antiseptique, et j'ai d'autant plus de confiance dans cet avenir, que je ne puis oublier que les idées sur ce sujet ont été défendues par Sédillot, qui nous a enrichis de tant d'idées audacieuses, qui n'étaient que l'expression d'une perception nette et droite des forces de la chirurgie.

Deux mémoires en faveur de la trépanation nous ont été adressés, tous deux venant de chirurgiens militaires. Tous deux nous ont été envoyés par notre collègue M. Vedrènes. Une des lettres d'envoi de M. Vedrènes mérite une attention spéciale comme tout ce qui sort de la plume d'un des plus laborieux et des plus érudits de nos collègues de l'armée. M. Vedrènes y rapporte qu'étant l'année dernière (1884) en tournée d'inspection à Biskra, il eut l'occasion d'observer des faits de trépanation qui ont été signalés depuis longtemps chez les montagnards de l'Aurès. Voici les termes de sa lettre :

« L'opération du trépan, très en faveur dans l'antiquité, hautement patronnée au siècle dernier par l'Académie de chirurgie, tombée en discrédit après les guerres du premier Empire, reprise avec timidité depuis les guerres de la Sécession et franco-allemande, est d'une pratique pour ainsi dire banale parmi les tribus indigènes de l'Aurès, dans la province de Constantine.

« Il m'a été possible de voir, l'an dernier, à Biskra, quelques opérés anciens, très bien portants, et de me procurer par les soins de M. le docteur Méjasson, médecin en chef à Kremchela, poste situé près du massif de l'Aurès, une collection de pièces osseuses enlevées au crâne à l'aide d'une tarière ou d'une petite scie droite, les indigènes ne disposant pas de trépan à couronne.

« Je possède également un spécimen des instruments dont les médecins kabyles se servent pour procéder à ces opérations.

« Pièces pathologiques et instruments seront ultérieurement présentés à la Société de chirurgie, qui pourra se convaincre qu'avec des instruments très primitifs ou plutôt des outils grossiers, les Thébibs kabyles conduisent avec sécurité et pratiquent communément une opération à laquelle la chirurgie contemporaine, si éclairée et si hardie, est plus hostile que favorable. »

J'avais causé de ces faits avec M. Vedrènes avant son voyage, en lui signalant d'une part l'analyse que j'avais faite dans mon ouvrage sur la trépanation [1] des excellents mémoires d'Amédée Paris et Th. Martin, et d'autre part quelques faits que j'ai relevés dans un court voyage que j'ai fait à Biskra au commencement de 1881.

J'étais à Sidi-Ocba, situé comme on le sait au sud-est de Biskra, et je déjeunais chez le cheik de l'endroit, jeune homme de la famille de Ben Gana, très intelligent et parlant fort bien le français, et je lui demandais s'il connaissait quelque fait relatif à la trépanation. Il me répondit d'abord qu'il ne connaissait pas bien cela, mais, qu'en effet, il en avait entendu parler. Chez les Arabes vrais, dits Arabes de grande tente, la trépanation n'est pas en honneur comme chez les Kabyles. Il fit venir un Thoubib kabyle, qui commença par nous montrer son crâne. Il avait été lui-même trépané trois ou quatre fois par son propre père, et il portait une dépression profonde dans la région où il avait été trépané. Son père, trépané lui-même plusieurs fois, était le chef d'une famille de Thoubibs; ses quatre fils, comme lui revêtus d'un certain caractère de sainteté, pratiquaient la trépanation dans les pays environnants appartenant aux montagnes de l'Aurès. D'après son récit, on trépanait dans des traumatismes de la tête et aussi dans différentes maladies. Ce qui paraissait le guider le plus dans l'application de la trépanation, c'était l'existence de douleurs vives dans la tête. Il nous parla d'un malade trépané douze fois. Mais les occasions de trépaner étaient tellement fréquentes, qu'il nous offrait, si nous voulions rester deux jours de plus à Biskra, de trouver quelqu'un à trépaner devant nous; malheureusement nous ne pouvions accepter son offre.

D'après sa description, il devait trépaner en se servant à la fois d'une scie très étroite et d'un poinçon. Le trépan est inconnu de tous ces opérateurs. En revanche, ils prétendent que l'opération ne présente aucune gravité en elle-même.

Ce Thoubib avait, comme le kabyle, la main étroite, souple, vrai-

[1] *Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne.* — La trépanation guidée par les localisations cérébrales, par le Dr L.-Championnière, 150 pages, 1878. Prix Amussat à l'Académie.

ment élégante ; on devinait chez lui, comme chez beaucoup de ses congénères, une grande dextérité manuelle.

Nous espérons que la communication annoncée par M. Vedrènes ajoutera à ses faits intéressants. On nous pardonnera cette digression, qui a quelque importance dans le sujet puisqu'on redoute à l'excès une opération pratiquée d'une façon banale, avec de pauvres moyens, par des gens que nous qualifions volontiers de sauvages et qui ont su conserver une tradition que nous avons perdue.

Notre rôle d'hommes civilisés doit consister à l'appliquer en nous basant sur des connaissances sérieuses, et c'est pour cela que je me suis attaché autrefois à déterminer le rôle que la notion précise des localisations cérébrales peut jouer dans l'application du trépan. C'est un fait bien remarquable que jusqu'à cette période récente la trépanation ait continué d'être faite un peu à l'aveugle. On n'était dirigé dans l'intervention que par des notions différant médiocrement de celles accessibles aux sauvages, et la connaissance des localisations cérébrales nous paraît introduire un élément précis et scientifique dans nos jugements.

Cette notion, du reste, ne m'a pas détourné d'étudier les phénomènes qui militent en faveur d'une application plus commune.

Des deux mémoires en faveur du trépan qui nous sont adressés, le premier en date est celui de M. le Dr Linon, médecin-major de première classe, fondé sur cinq observations de plaies de têtes chez des indigènes algériens, étudiées avec beaucoup de soin, dessins remarquables, photographies, courbes thermométriques, rien n'y manque.

Il serait à souhaiter que l'auteur publiât *in extenso* ce mémoire, que ses nombreux détails ne nous permettront pas d'introduire dans nos bulletins.

Le premier cas est celui d'un indigène présentant une fracture du crâne de la région fronto-pariétale droite avec monoplégie du bras gauche avec conservation de la sensibilité. M. Linon voit le malade le sixième jour et le trépane le dixième, après avoir constaté la présence d'un enfoncement au niveau de la région des centres. Deux couronnes de trépan permettent l'extraction des esquilles au nombre de cinq.

L'opération détermine un soulagement marqué, mais les accidents de méningo-encéphalite continuent, et le malade meurt le vingt-septième jour après l'opération, avec une hémiplégie gauche complète et un abcès cérébral très large dans la région des centres, surtout au niveau du pied de la deuxième frontale.

La deuxième observation, très complexe, a trait à un enfoncement du pariétal droit avec hémiplégie du côté gauche et mé-

ningo-encéphalite, fractures de la base du crâne et mort au huitième jour sans intervention ; l'intérêt en est médiocre.

La troisième observation est celle d'une plaie par coup de feu. Chevrotine ayant traversé la paroi cranienne et tout l'hémisphère transversalement. Mort le troisième jour avec symptômes très complexes. Cette observation est curieuse à cause du peu d'importance de la lésion cutanée et des désordres énormes du côté de l'encéphale.

La quatrième observation est celle d'une enfant de 4 ans qui, après avoir reçu des coups de bâton, a présenté une hernie du cerveau, puis de la méningo-encéphalite. Elle avait une fracture et des lésions par contre-coup du cerveau ; mort au seizième jour. Le trépan là encore ne pouvait rien.

Enfin, la cinquième observation est intitulée : *Fracture du crâne par coup de pioche*, avec hernie de la substance cérébrale. Perte de la parole immédiate, hémiplégie retardée, abcès gangreneux du cerveau. Résection au troisième jour d'une vaste surface de paroi cranienne en partie fracturée, drainage du cerveau et de la plaie osseuse. Guérison. Disparition de la paralysie. Aphasie améliorée.

Le 4 septembre 1883, un indigène étant couché, avait reçu un coup de pioche si violent sur la tête, qu'il avait fallu beaucoup de force pour retirer la pioche. Cet homme a eu au début de l'aphasie immédiate et de la parésie du bras droit. Le dixième jour, lors de l'entrée à l'hôpital, on lui trouve en outre un peu de paralysie faciale à droite.

Le quatorzième jour de la blessure, l'hémiplégie étant devenue à peu près complète, les symptômes s'étant aggravés, M. Linon le fait endormir, puis il constate qu'une lame considérable du crâne presque détachée est enfoncée, répondant beaucoup plus à la région des centres que la plaie cutanée elle-même. Cette lame osseuse tient pourtant d'un côté. Après un large débridement, elle est soulevée et détachée. Les bords de ce fragment détaché mesurent 38, 25, 53, 60 millimètres.

Au-dessous, une excavation cérébrale contient du pus, cet abcès est drainé. Plusieurs esquilles, dont l'une volumineuse plongeant dans la substance cérébrale, sont enlevées.

Réunion incomplète des lèvres de la plaie.

Le quatrième jour, le blessé commence à remuer son bras droit.

Le cinquième jour, pansement renouvelé ; il y a de l'œdème. La suppuration s'établit.

Le dix-huitième jour, le blessé commence à parler. Un mois et demi après, il quitte l'hôpital en bon état.

De ses observations, M. Linon conclue que le trépan est une opération de peu de gravité avec les pansements antiseptiques.

Que la guérison est possible, même avec de graves lésions de la convexité des lobes cérébraux.

Que la hernie cérébrale est peu à redouter, même avec pertes de substances de la voûte cranienne.

Ces conclusions, excellentes en elles-mêmes, ne me paraissent pas découler des observations précitées. Trois des observations sont hors de cause, les deuxième, troisième et quatrième, les désordres considérables empêchaient tout succès d'intervention. Pour la première, peut-être eût-on réussi si l'intervention avait été immédiate, et dans la dernière l'intervention eût peut-être pu être plus rapide, l'aphasie, la paralysie observée, avec un foyer d'enfoncement connu dans la région des centres, indiquaient selon nous cette intervention.

Si dans un cas de paralysie éphémère, sans lésion cranienne visible, l'intervention peut être retardée, je crois qu'il ne pourrait en être de même dans les cas où le siège de la lésion est marqué à la fois par les symptômes cérébraux et les symptômes locaux.

La méthode antiseptique ne paraît pas non plus avoir été suivie très rigoureusement, car la suppuration a été fort abondante. Peut-être était-elle très difficile à appliquer chez des malades qui n'ont pas été vus au début.

L'observation du Dr Belime, trépanation faite à Bougie en septembre 1883, est plus intéressante pour l'histoire des localisations cérébrales, aussi je l'insère pour mémoire ; ces observations bien faites sont peu communes.

Toutefois, je fais remarquer en passant qu'il s'agit d'accidents secondaires, ce qui donne toujours lieu à des déterminations moins précises que les accidents primitifs.

Plaie contuse du cuir chevelu compliquée de fracture avec enfoncement du crâne (pariétal gauche); chute d'un lieu élevé. — Phénomènes de compression cérébrale huit jours après l'accident. — Trépanation. — Extraction des fragments osseux comprimant le cerveau. — Guérison.

Le nommé J. B..., âgé de 23 ans, a quitté la maison paternelle pour mener une vie d'aventures, d'ivrognerie et de vagabondage; depuis deux ans qu'il se livre à cette vie déréglée, il a fait plusieurs entrées à l'hôpital civil de Bougie, soit pour des traumatismes survenus alors qu'il était en état d'ébriété, soit pour des accidents syphilitiques. Dans la soirée du dimanche 9 septembre 1883, X..., complètement ivre, se dirige vers les rochers sur lesquels est bâtie la casbah, pour gagner une excavation de rocher qui lui sert de chambre à coucher, et tombe

la tête la première, d'une hauteur de plusieurs mètres, sur des rochers sous-jacents.

Perte immédiate de connaissance accompagnée d'hémorrhagie notable. Après un temps difficile à apprécier exactement, le blessé reprend légèrement connaissance; couché sur le ventre, il cherche à plusieurs reprises à se relever; mais c'est en vain. Vers cinq heures et demie du matin, il est aperçu par un jardinier; bientôt deux gendarmes viennent près de lui, et, vers sept heures environ, X..., aidé de deux Arabes qui le soutiennent, se rend à l'hôpital civil. Dès que la connaissance est revenue en partie au blessé, ce dernier a remarqué que la parole était difficile, en même temps qu'une sensation d'engourdissement occupait la jambe et le bras droits. Le blessé reconnaît à peine dans l'hôpital les personnes qui l'entourent.

Traitement. — Diète, tisane de réglisse; pansement composé d'une compresse imbibée d'eau légèrement phéniquée.

Dans l'après-midi du 10 septembre, X... reprend peu à peu ses sens et reconnaît tout le personnel de l'hôpital.

Dans la nuit du 10 au 11 septembre, le sommeil fait totalement défaut; d'ailleurs, le sommeil a fait constamment défaut chez le blessé en question jusqu'au lendemain de l'opération; plus tard il dit qu'il ne pouvait plus dormir en raison d'une céphalalgie persistante.

12 *et* 13 *septembre.* Amélioration notable dans l'état général; le malade se lève un quart d'heure et va même aux cabinets, bien que la jambe et le bras droits soient toujours engourdis; l'embarras de la parole n'a pas disparu non plus. Même traitement et même nourriture.

16 *septembre.* Le malade ne peut se lever aujourd'hui; pour soulever la tête, il est obligé de poser la main sous l'occiput; la céphalalgie a notablement augmenté.

17 *septembre.* Même état; purgatif.

18 *septembre.* Douleurs de tête beaucoup plus vives; la parole a totalement disparu dans la nuit; l'hémiplégie droite est complète, tandis que la moitié latérale gauche de la face est paralysée; un vésicatoire est appliqué à la nuque.

19 *septembre.* Le malade a toujours conservé sa connaissance; aucune amélioration dans l'état signalé la veille. Vers une heure de l'après-midi, le malade est transporté chez ses parents, qui ne veulent pas le laisser mourir à l'hôpital. A quatre heures du soir, je vois le blessé, il est couché sur le dos; son regard est terne; les pupilles légèrement dilatées, sans que les mouvements de l'iris soient abolis. Paralysie faciale à gauche, hémiplégie à droite; aphasie totale; le malade entend assez bien les questions qui lui sont posées, mais ne peut absolument y répondre. État semi-comateux; fièvre des plus modérées. A la région pariétale gauche existe une plaie contuse simple en arrière, bifurquée en avant, et dont la longueur maximum est de 9 centimètres. Cette plaie se dirige horizontalement d'arrière en

avant; ses bords offrent un écartement maximum de 3 centimètres. Voici la situation exacte de la plaie : si on réunit par un fil passant sur le sinciput les deux conduits auditifs externes, ce fil passe à peu près au milieu de la solution de continuité qu'il coupe perpendiculairement. Le bord supérieur de la plaie est distant de 3 centimètres environ de la ligne médiane qui joint la racine du nez à l'apophyse occipitale externe. De l'orifice du conduit auditif externe gauche au bord inférieur de la plaie la distance est de 12 centimètres. Si, maintenant, on tire une ligne horizontale joignant l'apophyse orbitaire externe gauche à l'orifice du conduit auditif externe du même côté, et si, en second lieu, on abaisse sur cette ligne horizontale une perpendiculaire partant de l'extrémité antérieure et inférieure de la plaie, cette dernière ligne mesure 11 centimètres de longueur, et rejoint la première à 6 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe.

Je commence par bien nettoyer la plaie à l'aide d'un irrigateur et par raser tout le cuir chevelu environnant; je reconnais alors que la boîte cranienne est enfoncée au niveau de la plaie, des parties molles; l'enfoncement, qui mesure près de 1 centimètre, était totalement masqué auparavant par une quantité considérable de détritus. L'enfoncement maximum correspond au bord inférieur de la plaie, tandis qu'au niveau du bord supérieur la fracture s'est faite sans enfoncement. Les fragments osseux sont dénudés ; leur mobilité est nulle; en raison de la disposition de la fracture, il est impossible d'exercer la moindre traction sur les fragments sans dilacérer les parties molles sous-jacentes (méninges et cerveau).

Ainsi : plaie contuse (région pariétale gauche), la fracture détermine la compression du cerveau (circonvolutions frontale et ascendante, pariétale ascendante, troisième circonvolution frontale) se manifestant par de l'aphasie, une paralysie faciale gauche et une hémiplégie à droite, épanchement sanguin ou purulent sous-jacent aux fragments. Le blessé est fatalement condamné à succomber avant peu ; la seule chance de guérison consiste dans une intervention chirurgicale qui fera cesser la compression supportée par le cerveau. Les fragments n'étant pas mobiles, c'est au trépan qu'il faudra recourir pour faire cesser la compression. L'opération proposée est acceptée par la famille ; et, en raison de l'heure avancée, est remise au lendemain matin ; pansement phéniqué, le blessé prendra un peu de lait.

20 *septembre* (matin). Je procède à la trépanation du crâne, avec l'aide de MM. Chevalier, médecin civil, et Bimler, aide-major de 1re classe. Le blessé n'est pas endormi, je me propose tout d'abord de bien mettre à nu la fracture supérieure et dans ce but je prolonge en avant et en arrière la plaie des parties molles ; en avant, je fais en outre une incision perpendiculaire à la première, afin de bien arriver aux limites de la fracture supérieure. Ce résultat obtenu, j'applique à l'extrémité postérieure de la plaie une couronne de trépan immédiatement en arrière du V formé par la réunion des fractures supérieure et inférieure.

La rondelle osseuse enlevée, je mets à nu la dure-mère, qui ne me

paraît que congestionnée; me servant alors d'un levier, je cherche à soulever les fragments osseux déprimés vers le cerveau; mais je ne réussis à enlever qu'un faible fragment postérieur. C'est en vain que je cherche à ébranler ensuite les deux fragments les plus considérables. Je me décide alors à appliquer une deuxième couronne de trépan au niveau de l'angle supérieur et antérieur de la fracture; quand la couronne est arrivée au niveau du diploé, la lame externe se détache; je continue la trépanation avec les plus grandes précautions, et je finis par mobiliser une deuxième rondelle osseuse formée par la lame interne. A ce moment, il s'écoule du sang en abondance; ce sang sort en bavant; *il est noir et absolument liquide.*

Je parviens alors, mais en employant une certaine force, à mobiliser les fragments osseux, plus nombreux que je ne le croyais d'abord. Ces derniers retirés, *il s'écoule en abondance un sang liquide mais de couleur très foncée.* La dure-mère, mise à nu sur une surface notable, présente très nettement des battements isochrones aux pulsations artérielles; cette membrane est très congestionnée mais ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu. La plaie est ensuite débarrassée des caillots sanguins et de tous les corps étrangers apparents. Cela fait, je procède au pansement, qui consiste en des boulettes de charpie imbibées d'une solution phéniquée au cinquantième; un gâteau de charpie phéniquée est placé par-dessus et le tout est recouvert d'un tissu imperméable et d'une épaisse couche d'ouate. Les diverses pièces du pansement sont maintenues par un bandage légèrement serré. Pendant tout le temps nécessité par cette opération (45 minutes environ), X... n'a pas manifesté la moindre douleur, et ne s'est livré à aucun geste indiquant un état de souffrance; il est resté dans son état semi-comateux. Le blessé est ensuite couché la tête assez élevée. Une bouteille d'eau de Sedlitz; bouillon et lait; diète de vin et de café.

20 *septembre* (soir). Je trouve le malade un peu moins abattu, mais l'aphasie et l'hémiplégie persistent toujours; le malade a eu, me dit-on, dans l'après-midi, une crise de nerfs (probablement des convulsions); je prescris pour le soir une potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

21 *septembre* (matin). Le malade a eu plusieurs selles tant dans la journée d'hier que pendant la nuit; une crise convulsive est encore survenue; cependant, l'état général semble amélioré; la peau est un peu chaude, mais le pouls est normal. La paralysie du membre inférieur droit a notablement diminué, tandis que celle du membre supérieur persiste; l'aphasie a diminué elle aussi; le blessé peut dire: *oui, non, maman;* son vocabulaire ne comporte que ces trois mots. Le pansement est enlevé après avoir été arrosé d'eau phéniquée; les bords de la plaie sont moins enflammés et moins tendus; les incisions que j'ai pratiquées se réunissent par première intention; la dure-mère fournit encore *une quantité assez notable d'un sang rouge sombre* comme *celui de la veille;* toutefois, cette membrane me paraît moins congestionnée. Les mouvements d'expansion du cerveau sont des plus nets. Le pansement est appliqué comme la veille. Les accidents de compres-

sion cérébrale semblent s'améliorer; j'espère que leur disparition pourra s'obtenir sans avoir recours à une incision des méninges. Bouillon et lait comme la veille; potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

22 *septembre*. Malgré une crise convulsive, le malade a dormi une partie de la nuit, *chose qui ne lui était pas arrivée depuis son accident;* ce matin, la paralysie du membre inférieur droit a totalement disparu; quant au membre supérieur du même côté, la paralysie persiste encore, mais beaucoup moins accentuée. Le malade commence à parler; la langue tirée hors de la bouche est fort peu déviée. Le pansement enlevé, je découvre une plaie d'un fort bel aspect; la dure-mère paraît devoir se couvrir bientôt de bourgeons charnus. Eau de Sedlitz.

23 *septembre*. Nuit excellente; pas d'attaque convulsive; les phénomènes de paralysie diminuent progressivement. La plaie a un aspect superbe. Même pansement. Comme nourriture, bouillon et lait.

24 *septembre*. État aussi satisfaisant que possible; pas de fièvre; la dure-mère continue à se couvrir de bourgeons charnus.

25 *septembre*. Nuit très bonne avec sommeil réparateur; ce matin, pas de fièvre; la paralysie a disparu totalement; il ne reste plus qu'une certaine gaucherie dans les mouvements des parties paralysées auparavant. La plaie se rétrécit peu à peu; la quantité de pus est minime. Comme le malade a été pris de transpiration abondante dans l'après-midi du jour précédent et que l'intoxication tellurique ne fait pas défaut, je prescris une potion avec $0^{gr},50$ de sulfate de quinine. Même pansement; comme nourriture, potage, œuf à la coque, pruneaux et lait.

Dans l'après-midi, je fais lever X..., qui va lui-même, en chancelant toutefois, vers un fauteuil dans lequel il s'assied pendant que son lit est refait, puis retourne se coucher et s'installe lui-même en manifestant un vif contentement.

28 *septembre*. Le malade s'est levé pendant une demi-heure dans l'après-midi d'hier et a transpiré légèrement; la nuit a été très bonne, et ce matin X... se trouve un peu mieux. La plaie a toujours un aspect magnifique. Pansement *ut supra*. Prescriptions: 2 grammes de rhubarbe ce matin; dans l'après-midi, 5 décigrammes de sulfate de quinine.

30 *septembre* (matin). En faisant le pansement, je retire une petite esquille provenant d'une nécrose limitée des bords osseux fracturés; le malade va très bien, d'ailleurs. Suppression de la quinine; alimentation progressive.

2 *octobre*. Quelques esquilles, fort petites, d'ailleurs, se présentent au milieu des bourgeons charnus; je les extrais sans peine. Le malade pourra se lever deux heures dans l'après-midi.

8 *octobre*. La cicatrisation se fait progressivement et d'une manière absolument régulière; tous les jours X... se lève dans l'après-midi; aujourd'hui il me raconte d'une façon très nette les divers incidents qui se sont produits depuis le soir de son accident jusqu'au moment

où je l'ai vu pour la première fois (19 septembre, dans l'après-midi).

15 *octobre*. Quelques petites esquilles ont encore été éliminées ces jours derniers; ce sont des fragments osseux sans importance. Le blessé va à merveille, se lève et se promène une partie de la journée.

1er *novembre*. La plaie est presque linéaire ; la cicatrisation totale n'est plus que l'affaire de quelques jours. A la fin de novembre, X... est totalement guéri ; il a repris ses occupations dans sa famille et se porte à merveille. De son terrible accident, il ne lui reste plus qu'une cicatrice étendue avec dépression considérable de la région pariétale gauche.

Aujourd'hui, 13 février 1885, X... est toujours bien guéri ; il n'éprouve aucun trouble nerveux ; la cicatrice est indolore et n'a, d'ailleurs, jamais donné lieu à la sortie d'esquilles. Fatigué d'une existence tranquille, X... a repris ses habitudes de vagabondage et de misères de toutes sortes.

On voit que le chirurgien n'est intervenu qu'après des accidents secondaires. Malgré des accidents primitifs, ce sont les phénomènes inflammatoires qui ont amené l'intervention. Selon nous, comme pour les observations de M. Linon, les indications suivies avec un esprit plus dégagé des affirmations des auteurs auraient pu amener plus vite ces conclusions.

On doit féliciter nos confrères de leur succès, mais il faut en même temps, pour l'avenir, poser des indications qui augmentent la hardiesse des opérateurs. Selon moi, les localisations cérébrales peuvent servir non seulement à diriger, mais à hater cette intervention.

Depuis que j'ai écrit mon mémoire sur les localisations cérébrales, peu de changements dans les doctrines sont survenues, au moins peu de changements intéressant le chirurgien. On a un peu étendu et fixé le domaine des troubles sensoriels, mais la région des centres moteurs est la même, et comme les procédés que j'ai indiqués permettent, sans nuire au succès, un écart assez considérable, ils restent excellents pour la recherche des centres. Je n'y reviens pas ; je renvoie pour tous détails à mon livre. Dans les observations précédentes, ils n'étaient pas seuls à fournir des renseignements, mais ils pouvaient, en somme, encourager et diriger un peu l'intervention.

Quand une paralysie existe seule sans lésion apparente, on peut espérer, pour des cas très légers, qu'elle sera tout éphémère et que l'intervention peut être retardée. En tout cas, ce retard ne doit être que de fort courte durée.

Mais si des lésions osseuses manifestes s'ajoutent à des localisations cérébrales qui nous enseignent le siège exact de la lésion et de l'intervention à venir, pourquoi attendre ?

Non seulement il ne faut pas attendre dans les cas où la lésion s'offre à vous, mais, dans les cas de traumatisme cérébral, toute paralysie, même médiocrement étendue, nous dit qu'il faut se hâter.

L'étude des paralysies localisées nous enseigne, en effet, que non seulement il faut sauver le blessé des dangers actuels, mais il faut, par une intervention rapide, prévenir les accidents futurs.

En faisant le dépouillement des treize mille observations de plaies de tête contenues dans le remarquable compte rendu officie pour la chirurgie de la guerre de Sécession, j'ai cherché à utiliser une série de documents que l'on n'avait pas utilisés pour cela.

A bon nombre des observations sont annexées de courtes notes sur l'état ultérieur du blessé, selon qu'il demande une pension ou une indemnité pour ses blessures. Or, il ressort incontestablement de la lecture de ces observations qu'après bon nombre des trépanations retardées chez les individus qui avaient présenté des localisations paralytiques guéries un instant, il se produit des phénomènes d'une dégénération secondaire; des paralysies guéries reviennent plus tard avec atrophie, et même surviennent des paralysies plus étendues que celles qui avaient existé. C'est un fait facile à prévoir avec ce que l'on sait de la pathologie cérébrale. Il en ressort évidemment que plutôt l'on suspendra la compression ou l'irritation directe du cerveau, plus complète sera la guérison.

C'est une notion importante à ajouter à celles mises en avan par Sédillot et plus récemment par le Dr Jules Bœckel en faveur du trépan préventif. Notre collègue M. Jules Bœckel a fait, au dernier congrès de chirurgie, une communication très intéressante sur ce sujet. Ses opérations sont nombreuses. Il a fait neuf fois le trépan préventif avec neuf succès, et ses trépanations secondaires, au nombre de cinq, n'ont donné que deux guérisons.

Son argument principal en faveur du trépan préventif, c'est son innocuité comparée à la gravité extrême des enfoncements non traités ou traités secondairement. J'accepte absolument ces termes, et, pour ma part, en présence d'un enfoncement bien net, bien avéré, même sans accidents actuels, je suis prêt à intervenir. Que l'on considère cette bizarerie paradoxale : avec les doctrines actuelles, il vaut beaucoup mieux recevoir une blessure grave, un enfoncement du crâne avec symptômes violents et immédiats, que d'être atteint d'un enfoncement du crâne médiocre avec symptômes peu marqués.

En effet, dans le premier cas, si on rencontre un médecin attentif et résolu, il n'a aucune hésitation, et, coûte que coûte, il délivre le cerveau, comme dans l'observation suivante qui m'a été com-

muniquée par mon excellent ami le Dr Larmande, observation très typique et suivie de résultats très remarquables.

Fracture du pariétal droit par enfoncement. — Convulsions, spasmes tétaniques.

Le 2 septembre 1877, je suis appelé à R... (Ardennes), près de H..., garçon de 10 ans, qui a reçu un coup de pied de cheval à la tête, et est immédiatement tombé sans connaissance. L'accident était arrivé depuis une heure environ quand j'ai vu le blessé. Sous mes yeux, il est pris de convulsions : strabisme, vomissements; les convulsions alternent avec une raideur tétanique du tronc et des membres. La région pariétale droite, à la partie moyenne, est le siège d'une plaie par laquelle je constate avec le doigt l'enfoncement des os. Avec une spatule, je cherche à redresser les fragments sans y parvenir. Je prends le parti de trépaner l'os. Mais je n'ai pas de trépan, et je vais chercher un levier de dentiste et un davier. Je parviens avec le levier à briser un fragment, et, à l'aide du davier, j'agrandis l'ouverture en fracturant le pariétal. J'enlève soigneusement les fragments fracturés soit par le coup de pied, soit par le davier, et, en introduisant le doigt, j'arrive sur la dure-mère déchirée et sur la substance corticale, où je trouve trois ou quatre fragments de la table interne implantés dans la substance cérébrale. J'enlève le tout soigneusement.

Les convulsions cessent immédiatement. L'enfant reste dans un demi-coma. Suture de la plaie, pansement avec l'ouate et l'alcool. Le soir, tout accident a cessé.

Le lendemain, l'enfant était levé et jouait. Cinq jours après, j'enlève les sutures, la guérison était complète.

J'ai revu l'enfant six mois après, il ne s'est jamais ressenti de l'accident.

Rien ne peut être plus satisfaisant que le résultat d'une détermination rapide et hardie qui mérite d'être imitée.

Mais justement la situation est loin d'être habituellement aussi nette. Si les accidents du début sont médiocres, on attend plus ou moins, et, dans l'immense majorité des cas, les résultats sont détestables, et si on intervient, c'est dans de très mauvaises conditions.

Ce serait bien le moins pourtant que l'on arrivât par une chirurgie bien raisonnée à ce résultat, de donner aux gens médiocrement blessés des chances de guérison aussi ou plus nombreuses qu'à ceux qui avaient été primitivement très atteints.

Pour les observations citées par nos confrères de l'armée, même pour celles suivies de succès, on voit qu'il y a eu toujours un certain retard dans l'intervention, soit que l'outillage et les dispositions générales ne fussent pas très encourageants, soit plutôt que nos

confrères aient obéi aux doctrines générales qui règnent encore.

Pour agir vigoureusement et sans retard dans les cas où la situation est moins nette, il faut s'appuyer sur une doctrine solide. Or, la trépanation a été tellement combattue et tellement négligée, que nous n'avons presque pas d'expérience à opposer aux statistiques fantaisistes et aux argumentations timorées. On peut considérer comme une fortune rare de réunir, comme M. Jules Bœckel, 9 cas de trépanation primitive, ayant donné, du reste, 9 succès.

Dans le courant habituel d'un grand service de chirurgie, comme le mien à l'hôpital Tenon, j'ai eu, en quatre ans et demi, l'occasion de trépaner deux fois, et les deux fois des malades venus trop tard, des agonisants.

Dans l'un des cas, l'autopsie faite avec soin et l'opération nous ont montré que si le blessé avait été opéré le premier jour, au lieu d'être opéré le douzième, sa guérison était assurée. Enfoncement net de la région des centres ayant déterminé une méningo-encéphalite latérale intense.

Dans le second cas, j'ai encore trépané pour des accidents secondaires chez un malade venu huit jours trop tard dans mon service.

La doctrine, il faut donc l'asseoir à la fois sur l'expérience du passé, sur des observations personnelles rares, et surtout en appliquant au trépan les notions que nous appliquons partout pour la chirurgie moderne.

La véritable objection à faire au trépan était sa gravité; il a pu être un instant plus grave que la plaie de tête elle-même. Aujourd'hui il n'y a aucune raison pour qu'il soit plus grave de trépaner que de faire des ostéotomies, des résections de cal, et tant d'opérations sur les os pour lesquelles nous n'hésitons pas un instant. Les méninges ne sont pas sensiblement plus irritables que le péritoine ou les synoviales.

Et j'insiste sur le trépan immédiat, c'est le cas où jamais de dire qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Trépaner pour ouvrir un foyer cérébral, même dans le cas où des symptômes corticaux nous indiqueraient nettement son siège, ne sera jamais qu'un fait heureux mais exceptionnel. Mais prévenir des accidents mortels où l'infirmité secondaire incurable à l'aide d'une trépanation est une œuvre à laquelle tout chirurgien doit être préparé chaque jour en se bornant à suivre l'exemple des sauvages.

Mais pour agir en pleine sécurité, au point de risquer une opération qui n'eut pas été indispensable, il ne faut pas se contenter de procédés de pansements médiocres, ou nous retomberons dans l'ancienne proscription du trépan; c'est le seul reproche un peu sérieux que j'aie à faire aux observations soumises à votre juge-

ment. L'antisepsie y a été très imparfaite, les deux opérés qui ont guéri ont abondamment suppuré, et on les considère volontiers comme des applications de chirurgie antiseptique.

Pour l'ouverture du crâne comme pour l'ouverture de l'abdomen, des articulations des séreuses, il faut se mettre résolument à l'abri de toutes les suppurations, et ce n'est pas l'éclectisme dans des pansements qui y conduit; il faut être strict observateur des doctrines de Lister.

Aux documents qui précèdent et pour en affirmer l'importance, qu'on me permette de joindre une observation personnelle, parce qu'elle démontre l'excellence de la pratique de la trépanation et de l'intervention rapide.

Je vous présente un infirmier de l'hôpital Tenon que j'ai trépané il y a près de onze ans, et présenté ici en janvier 1875. Il a été trépané largement cinq jours après la blessure, ce qui est encore rapide. Aujourd'hui je le trépanerais quatre jours plus tôt. Il a bénéficié de cette trépanation large et rapide, car, après avoir présenté les accidents les plus graves : aphasie, monoplégie brachiale droite, convulsions généralisées, il a guéri sans conserver aucun reliquat de son mal; il n'a ni atrophie secondaire ni accident épileptiforme.

Vous pouvez constater sur lui ce fait que M. Belime constate chez son opéré déjà au bout de fort peu de temps. La plaie très considérable de deux couronnes de trépan, plus une large esquille, s'est rétrécie; les battements du cerveau, perceptibles au début, ont vite disparu, et la perte de substance est comblée par une membrane très dure. Cependant il avait déjà 26 ans quand je l'ai opéré.

Quelle formule faut-il donner à l'intervention chirurgicale dans les plaies de tête, à la trépanation?

La voici à peu près telle que la comportent les conditions actuelles de la chirurgie :

I. Il y a des *accidents primitifs*. — Enfoncement ne donnant lieu à aucune complication. La trépanation est indiquée.

Accidents cérébraux localisés sans plaie ni enfoncements. S'il ne s'agit pas d'accidents éphémères, trépanation.

Plaie de tête où l'enfoncement peut être soupçonné : explorer la plaie, la nettoyer; faire les contre-ouvertures nécessaires, et trépaner ou relever les fragments sans attendre les complications.

II. *Accidents secondaires*. — Que les accidents soient localisés ou non, la trépanation est indiquée. Elle sera beaucoup moins heureuse que dans les cas précédents, mais ses résultats seront très supérieurs à ceux de l'expectation. C'est ici que se place la ques-

tion si délicate de l'ouverture des abcès cérébraux, question qui se pose rarement du reste.

Rappelons que Sédillot considérait les accidents épileptiformes comme indiquant souvent une fracture de la table interne; et de fait ils indiquent non seulement, comme il le pensait, l'irritation des méninges, mais celles de l'écorce cérébrale.

Mais pour la chirurgie du crâne et du cerveau plus que partout ailleurs il faut insister sur la nécessité d'une antisepsie sévère; on doit lui appliquer les principes les plus exacts, éviter les pansements retardés qui font négliger la surveillance.

L'intervention doit être large; par ce moyen seulement elle sera utile et l'asepsie de la plaie sera rigoureusement assurée. J'ai indiqué dans mon livre sur la trépanation et dans ma chirurgie antiseptique tous les termes de cette antisepsie opératoire sur laquelle j'insiste.

En ce qui concerne les conclusions relatives aux auteurs, je demande le dépôt aux archives du mémoire de M. Linon, dont j'ai donné un résumé. J'ai reproduit à peu près toute la communication de M. Belime.

Je demande les remerciements de la Société pour ces communications sur un des points qui intéresse le plus la chirurgie.

Les propositions de M. J. Lucas-Championnière sont adoptées.

Rapport

Par M. Polaillon.

M. le Dr Cauchois (de Rouen) a adressé à la Société un mémoire dans lequel il s'occupe de deux sujets touchant la thérapeutique des kystes de l'ovaire, à savoir : l'*ovariotomie dans les kystes parovariens,* et l'*ovariotomie pendant la grossesse*. C'est à titre de rapporteur d'une commission composée de MM. Marc Sée, Cruveilhier et Polaillon, que je viens vous rendre compte de ce travail.

Les réflexions de M. Cauchois sur l'*ovariotomie des kystes parovariens* sont basées sur une observation, dont je donnerai d'abord un résumé :

Une religieuse de 28 ans entre, le 11 mai 1884, à l'annexe de l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour y être opérée d'un kyste de l'ovaire qu'elle porte depuis deux ans. Une première ponction avait été faite au mois de novembre 1882 et avait donné 7 litres d'un liquide limpide *comme de l'eau claire* et presque complètement dépourvu d'albumine. Le kyste

ne tarda pas à se remplir de nouveau, et une deuxième ponction dut être faite au mois d'août 1883, neuf mois après la première. Le liquide évacué avait les mêmes qualités que précédemment. Le soulagement ne fut encore que très momentané, et le liquide se reproduisit aussi vite qu'après la première ponction. La santé générale étant excellente, et le kyste se présentant sans complication, M. Cauchois proposa l'ovariotomie et l'exécuta avec succès le 14 mai 1884. Le pédicule fut abandonné dans le ventre. Il n'y avait eu aucune adhérence à détacher, et, comme cela est la règle dans les ovariotomies faciles, la guérison arriva rapidement sans mouvement fébrile et sans aucune complication.

Le kyste contenait 11 litres d'un liquide clair, limpide, incolore, à peine albumineux. Le pédicule était formé par une portion du ligament large. L'ovaire lui-même fut enlevé avec le kyste à la base duquel il était adhérent. Cet ovaire présentait un petit kyste gros comme un pois et les traces de la dernière menstruation.

Dans l'observation que je viens de citer, le diagnostic du kyste parovarien a été pleinement confirmé par l'ovariotomie pathologique, puisque le kyste s'était développé à côté de l'ovaire sain ou presque sain. Mais M. Cauchois va trop loin quand il dit que le diagnostic peut s'établir sur la seule donnée de la limpidité parfaite du liquide. Ce n'est là qu'une probabilité considérable il est vrai, mais non une certitude. Il y a quelques kystes appartenant à l'ovaire, dont le contenu est également limpide. La limpidité du liquide n'est qu'un élément du diagnostic des kystes parovariens. Il faut encore que ce liquide soit plus ou moins salé par du chlorure de sodium, jamais paralbumineux et exceptionnellement albumineux ; que le volume du kyste ne soit pas très considérable ; que son évolution ait été lente ; que sa forme soit régulièrement globuleuse, sans bosselures et sans masses dures à sa base. C'est seulement par cet ensemble de signes que le diagnostic d'un kyste du parovarium devient à peu près certain.

Mais la certitude absolue de ce diagnostic importe peu au traitement : que l'on choisisse l'injection iodée ou l'ovariotomie. Les chirurgiens de nos jours s'éloignent de plus en plus de l'injection iodée pour recourir à l'ovariotomie, qui est une opération radicalement curative et généralement sans danger dans le cas d'un kyste uniloculaire simple. M. Cauchois préconise l'ovariotomie pour les kystes parovariens qui récidivent après la ponction. En cela il est d'accord avec la majorité des membres de la Société de chirurgie, où cette question a été discutée en 1882 (séance du 19 juillet) ; en 1884 (séance du 23 juillet), et en 1885 (séances du 22 avril et du 29 juillet).

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 46.10.85. *Le Gérant :* G. MASSON.

Doit-on faire l'*ovariotomie dans les trois derniers mois de la grossesse et notamment à une époque rapprochée du terme?* Telle est l'importante question que M. Cauchois pose dans la seconde partie de son mémoire.

Des faits assez nombreux prouvent que l'ovariotomie réussit presque aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors de l'état de gestation. M. Cauchois en a réuni 44 observations, qui ont donné 36 guérisons et 8 morts, ou 81 succès pour 100. Dans la plupart des cas l'opération a eu lieu pendant les premiers mois de la grossesse, et Schrœder, Wilson, Spencer Wells, donnent le conseil d'opérer avant le sixième mois. Mais si on est consulté après cette date, comme le fait remarquer notre confrère de Rouen, faut-il se borner à pratiquer des ponctions, qui ont eu entre ses mains un effet désastreux, et attendre jusqu'après la délivrance pour faire l'ovariotomie, au risque d'être obligé d'opérer en pleine cachexie, en pleine suppuration du kyste et à une époque trop rapprochée de l'accouchement?

Nous manquons de documents pour résoudre ce problème clinique. Nous ne savons pas quelle est l'influence de l'ovariotomie sur la mère et sur l'enfant, lorsqu'on pratique cette opération dans les derniers mois de la grossesse. M. Cauchois cite le cas malheureux de Lawson Tait, qui fit l'ovariotomie au 7e mois et perdit l'enfant et la mère. Mais il rappelle, en revanche, le fait remarquable de Pippinskjold : Une femme de 41 ans est reçue le 29 janvier 1879 à la clinique d'Helsingfors avec le diagnostic ascite, tumeur ovarienne et grossesse probable. Le 2 février, ponction qui donne 12 litres de liquide colloïde filant. Ponctions renouvelées plusieurs fois, mais ne donnant que quelques litres. Le 8 mars, ovariotomie. Pendant l'opération, on reconnaît que la femme est enceinte de neuf mois. Peu après l'opération, début des douleurs; sept heures après, rupture de la poche des eaux et prompte expulsion d'un enfant mort, pesant 2kg,500. La mort de l'enfant a été attribuée à des hémorrhagies du placenta, antérieures à l'ovariotomie. La mère guérit.

L'ovariotomie est-elle moins grave lorsqu'on la pratique après l'accouchement, pendant la période qui s'étend entre la délivrance et le retour de couches? Ici encore on manque de faits pour décider la question. Toutefois, les 2 seules observations que je connaisse ne sont pas encourageantes : l'une appartient à Veit (*Berlin. Klin. Wochenschrift,* n° 32, p. 493, 1883), qui fit une ovariotomie des deux ovaires quatre jours après les couches et perdit son opérée douze heures après. L'autre est celle que M. Cauchois soumet à notre appréciation. Je vous demande la permission de la rapporter en entier.

Kyste uniloculaire de l'ovaire droit, compliqué de grossesse. — 14 ponctions en dix mois. — Accouchement au commencement du 9e mois. — Enfant vivant. — Phlegmatia double. — Suppuration du kyste. — Ovariotomie cinquante-trois jours après l'accouchement. — Mort le 8e jour, par C. Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Mme H... (du Houlme), 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 17 décembre 1884, pour y être opérée d'une tumeur du ventre.

Antécédents. Menstruée à 14 ans sans aucune interruption jusqu'au mois de mai 1884, c'est-à-dire pendant vingt et un ans. Jamais de maladie antérieure. Mariée à 34 ans.

Le ventre aurait commencé à grossir avant le mariage, dès le milieu de l'année 1883. Peu de temps après son mariage elle aurait senti disparaître l'espèce de boule qu'elle disait ressentir alors dans le ventre (?), puis ce dernier aurait recommencé à grossir et quelques vomissements seraient survenus.

Au mois de mai 1884, le médecin de la malade pratique une première ponction, puis engage vivement sa cliente à entrer à l'hôtel-Dieu de Rouen pour y subir la gastrotomie. La malade s'y refuse obstinément, et *sept* ponctions doivent être aussi effectuées depuis le mois de mai jusqu'au 30 novembre 1884.

État à l'entrée. Amaigrissement général, facies abdominal ovarien. Apyrexie. Cependant appétit assez bon, fonctions normales, nées dans les organes thoraciques. *Il n'y a pas d'œdème des jambes*, mais un réseau veineux *très développé* sur les deux membres inférieurs et sur tout le ventre, principalement du côté droit et de la portion sous-ombilicale.

Le ventre est *très distendu*, non étalé dans les flancs, proéminent *en butte;* cependant la cicatrice ombilicale est dilatée et saillante.

Matité dans toute l'étendue du ventre et dans les flancs, ne se déplaçant pas avec la position sur les côtés. Fluctuation dans toute l'étendue de la matité, surtout des plus manifestes dans la moitié droite et la portion sus-ombicale, où la sensation de flot est très superficielle. Moins nette dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche, où la palpation semble indiquer quelque masse.

Au toucher vaginal, on trouve les culs-de-sac libres et le col utérin *ramolli*, laissant pénétrer la pulpe du doigt comme dans une grossesse assez avancée déjà. La dernière apparition des règles a eu lieu à la fin de mai ; la ligne blanche abdominale est très pigmentée, cependant aucun gonflement *des seins.*

19 *décembre. Huitième ponction;* 16 litres de liquide légèrement trouble par transparence, se coagulant fortement par la chaleur et l'acide nitrique, de consistance un peu onctueuse et ressemblant à une légère solution de gomme. Les dernières portions du liquide sont plus troubles et renferment un grand nombre de flocons fibrino-purulents.

Après la ponction, le ventre reste encore occupé en partie par une

tumeur qui n'est autre chose que l'utérus gravide (mouvements actifs du fœtus, bruits du cœur fœtal) remontant un peu au-dessus de l'ombilic (milieu du 7e mois à peine).

20 *décembre*. La malade a pu manger hier après la ponction; pendant la nuit, quelques vomissements muqueux et alimentaires. Météorisme intestinal. Disparition du réseau veineux abdominal.

On discute la question de l'ovariotomie, qui est définitivement ajournée après l'accouchement à cause de la période avancée de la grossesse, l'absence d'œdème des jambes, l'appétit encore assez satisfaisant, et *malgré* l'amaigrissement général et un commencement de suppuration du kyste.

Le liquide se reproduit avec rapidité et la ponction doit être répétée à peu près régulièrement tous les quinze jours!

6 *janvier* 1885. *Neuvième ponction.*

21 *janvier*. *Dixième ponction;* à la suite de cette ponction, des douleurs aiguës accompagnées de fièvre se développent vers la partie supérieure du kyste, à gauche de la région ombilicale. Grande faiblesse. Symptômes de péritonite localisée faisant craindre la formation d'adhérences à ce niveau entre le kyste et la paroi abdominale.

30 *janvier*. Douleurs de contraction utérine; tête de l'enfant descendue dans le canal pelvien.

1er *février*. Continuation des douleurs *abdominales et utérines*. *Onzième ponction;* on retire seulement 7 litres du même liquide, mais *beaucoup plus purulent*. La nuit suivante, frisson, ventre flasque, *vomissements* bilieux très abondants. Les vomissements avec douleur continuent jusqu'au 5 *février*.

La malade ne peut prendre qu'un peu de bouillon glacé et la potion de Todd.

5 *février*. *Accouchement spontané* d'une fille bien portante ayant le développement d'un enfant au commencement du 9e mois.

6 *février*. Apyrexie, peu de vomissements, langue humide normale.

19 *février*. Amaigrissement progressif, alimentation très difficile; depuis quelque temps œdème des deux jambes avec douleur sur le trajet des veines fémorales (phlegmatia alba dolens double).

Douzième ponction; 16 litres de liquide très chargé de pus à la fin de l'écoulement.

23 *février*. Le liquide se reproduit très vite; ainsi, quatre jours après la précédente ponction, on constate que la matité remonte déjà sur la ligne médiane à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle descend à droite dans le flanc en suivant une ligne courbe convexe en haut et en dehors. A gauche, on constate exactement ce jour-là que la courbe de matité reste plus élevée qu'à droite, comme si des adhérences relevaient en ce point-là le kyste collé à la paroi abdominale. Les douleurs du ventre sont presque continuelles sous forme de tiraillements, élancements, serrements, pesanteurs, etc.

4 *mars*. *Treizième ponction*; le liquide paraît encore plus purulent que la dernière fois. A la suite de cette ponction l'œdème des jambes

diminue un peu, mais ne disparaît pas tout à fait. Langue bonne. Apyrexie; mais alimentation toujours très difficile; vomissements après chaque repas. Ne peut manger le soir.

17 *mars*. *Quatorzième ponction;* depuis quelques jours la malade est prise de fièvre le soir; la température axillaire dépasse en moyenne 38°,4. Au moment de la ponction elle est de 38°,3. Grande prostration des forces après la ponction. Teinte cyanique des extrémités. Œdème notable des jambes.

18 *mars*. La malade est restée *très schocquée* depuis la ponction de la veille. La température axillaire reste entre 36°,3 et 36°,5 jusqu'au 21 mars.

En présence de la cachexie commençante, on décide de ne pas retarder davantage l'opération, la malade pouvant à peine s'alimenter.

29 *mars*. *Ovariotomie*. Incision de 8 centimètres seulement. Liquide très purulent. Extraction du kyste facile. Quelques faibles adhérences épiploïques et pariétales à droite. Du côté gauche, à la face antérieure, le kyste présente des adhérences assez intimes à la paroi abdominale, sur une étendue de la largeur de la paume de la main, au niveau du point où l'on avait antérieurement constaté à plusieurs reprises l'ascension de la ligne courbe de matité.

Sur le pédicule, assez large, trois ligatures partielles. Une hémorrhagie au niveau de deux des piqûres du pédicule pour le passage des ligatures a quelque peu allongé l'opération, qui a duré ainsi un peu plus d'une heure, pansement compris.

Réduction du pédicule dans l'abdomen.

Réunion de la plaie par cinq sutures métalliques profondes et quatre superficielles.

Grande prostration de l'opérée. Injection d'éther. T. a. 37°,2 après l'opération. Champagne glacé. Cognac. A dormi dans la journée.

L'opérée se plaint, le soir, d'un peu de malaise d'estomac et de brûlures et cuissons dans le ventre. *Pas de vomissements.*

T. a. 37°,3.

30 *mars*. Insomnie pendant la nuit; cependant elle se trouve bien; il est *certain que le schock traumatique est bien moins grand qu'après la dernière ponction.* L'opérée demande à manger; on permet deux cuillerées de bouillon de poulet, qui semble un peu lourd.

T. a. 37°,2 le matin et 37°,3 le soir. Quelques coliques dans l'après-midi. Langue humide et très bonne, *pas de vomissements.*

31 *mars*. Moins bien; inappétence. Dans l'après-midi, coliques venteuses pénibles. Lavement laudanisé. Depuis la veille, douleurs cuisantes dans le ventre.

T. a. 38°, P. 104.

1er *avril*. T. a. 38°,4 le matin, P. 110; T. a. 38°,6 le soir, P. 108. Très grande faiblesse: n'a pu prendre qu'un peu de champagne frappé et à peine deux tasses de bouillon léger dans la journée. Un peu d'oppression. Une garde-robe après un lavement. Miction spontanée.

Le soir la faiblesse augmente et l'amaigrissement fait des progrès. L'œdème des jambes, loin de diminuer, gagne les parties déclives des

hanches et du trone. Gêne respiratoire. Se plaint que le bandage est trop serré. Cependant le ventre est peu ballonné. Le ventre, du reste, est presque partout assez douloureux à la pression. La plaie opératoire paraît en bonne voie de réunion immédiate.

Toujours pas de vomissements.

Extrait d'opium en pilules.

2 *avril.* Nuit médiocre; peu de sommeil; ventre toujours douloureux, mais *sans vomissements.* A pris 6 petites tasses de bouillon dans les vingt-quatre dernières heures; on continue aussi le champagne glacé et un peu d'eau-de-vie. Ventre modérément douloureux, peu ballonné. Langue assez bonne.

T. a. 38°,6 le matin, P. 111 ; T. a. 38°,2 et P. 102 le soir. La journée a été moins mauvaise; les douleurs abdominales sont un peu calmées, le facies meilleur. La miction est spontanée et il y a eu une selle spontanée aussi dans la journée.

Cependant l'œdème est toujours assez considérable.

A partir du lendemain 3 *avril* la scène devient plus sombre. Les douleurs du ventre augmentent au point de faire pousser des plaintes à la malade; le ventre se ballonne. Cependant, *toujours pas de vomissements.* L'opérée ne prend pas autre chose que du champagne glacé. La température reste entre 38°,5 et 39 degrés.

Et la mort arrive le 5, à 2 heures du matin, huit jours après l'opération.

L'autopsie n'a pas été autorisée par la famille.

Il me paraît évident que la malade a succombé à une péritonite septicémique.

A notre avis, ce que l'on sait de l'influence généralement fâcheuse de la grossesse et de l'état puerpéral qui suit les couches, sur la marche des traumatismes accidentels ou chirurgicaux, doit faire rejeter, en principe, toute intervention dans les cas de tumeurs ovariennes compliquant la gestation. L'abstention, dans ces circonstances, nous paraît devoir être la règle générale.

Si le volume du kyste gêne le développement de l'utérus ou empêche l'expulsion du fœtus, la ponction est indiquée. Et je considère la ponction faite à de rares intervalles et avec les précautions antiseptiques comme un moyen à peu près innocent et ne prédisposant en aucune sorte à la suppuration du kyste.

Mais si le liquide se reproduit avec une grande rapidité, si le kyste suppure, ou si l'on a affaire à un kyste multiloculaire, si, en un mot, on a la main forcée par des accidents qui menacent l'existence du fœtus et celle de la mère, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'ovariotomie. Comme M. Cauchois l'a dit dans son mémoire, l'état de grossesse doit *plutôt hâter que retarder l'intervention opératoire.*

L'opération paraît moins grave pendant les premiers que pendant

les derniers mois de la grossesse. Elle paraît surtout très grave pendant la période puerpuérale qui suit les couches.

Chez la malade dont M. Cauchois nous a rapporté l'histoire, l'ovariotomie était indiquée par l'incroyable reproduction du liquide après les ponctions et par l'affaiblissement progressif qui en était le résultat. Mais cette malade n'a été soumise à ses soins qu'à une période avancée de sa grossesse et après avoir déjà subi sept ponctions. Nous comprenons qu'il n'ait pas voulu se risquer à faire une ovariotomie dans ces circonstances et qu'il ait espéré des conditions meilleures après l'accouchement. Nous sommes donc loin de lui adresser la plus minime critique. Nous le félicitons, au contraire, de nous avoir communiqué son intéressante observation. La science s'établit aussi bien par l'histoire des revers que par la relation des succès.

« Le retard que j'ai mis, dit M. Cauchois, à pratiquer l'ovariotomie après l'accouchement m'a amené à opérer dans de mauvaises conditions, et j'ai perdu ma malade. Les ponctions auxquelles j'ai eu recours ont provoqué l'accouchement avant terme ; l'enfant est venu très bien portant, et il est âgé de 3 mois au moment où je rédige cette note. J'estime donc que l'ovariotomie pratiquée vers la fin du huitième mois ou au début du neuvième, dans le cas particulier dont il s'agit, n'aurait pas été plus préjudiciable à l'enfant si elle avait provoqué l'accouchement prématuré, et eût offert pour la mère, à ce moment-là, plus de chances de guérison. »

Comme conséquence de ce travail, M. Cauchois est amené à émettre la conclusion suivante, à laquelle nous nous rattachons pleinement :

« Pendant les trois derniers mois de la grossesse, certaines conditions locales ou générales d'un pronostic sérieux, telles que commencement de suppuration du kyste, affaiblissement notable de la malade, etc., devront engager à recourir à l'ovariotomie, qu'on fera de préférence vers la fin du huitième ou le commencement du neuvième mois, pour que l'enfant ait le plus de chances de vie possible dans le cas où l'accouchement serait provoqué prématurément par l'opération. »

M. Polaillon demande à la Société de vouloir bien voter des remerciements à M. le Dr Cauchois, et de publier intégralement son observation dans le *Bulletin de la Société de chirurgie.*

Les propositions de M. Polaillon sont adoptées.

Lecture.

M. le Dr Chavasse fait une lecture sur une observation de *trépanation du crâne*. M. J.-L. Championnière est nommé rapporteur de ce travail.

Présentation de malade.

M. Polaillon présente une malade opérée d'un kyste à grains riziformes du poignet et de la gaine des fléchisseurs du médius. Cette malade est parfaitement guérie ; dans les corps étrangers, on a trouvé des foyers tuberculeux.

Lecture.

Note sur un cas de gastrostomie, par M. Marchand.

La gastrostomie constitue à l'heure actuelle une opération parfaitement étudiée dans son manuel opératoire et ses indications. Un récent travail de Zesas reposant sur 162 cas publiés jusqu'à ce jour semble en avoir complété l'histoire.

Malgré cela, je ne pense pas qu'on doive considérer comme close l'enquête scientifique si complète qu'elle paraisse ; on laisserait ainsi dans l'ombre diverses particularités qui ne sont point dépourvues d'intérêt et constituent en tout cas des matériaux dont l'avenir pourra profiter. Ces motifs m'ont engagé à présenter aujourd'hui l'observation d'une gastrostomie que j'ai pratiquée dans le service de M. Dujardin-Baumetz, sur les indications de ce collègue distingué, qui m'avait obligeamment demandé mon concours.

Voici un résumé rapide de l'observation telle qu'elle a été remise par l'interne de service.

Le malade était âgé de 61 ans, et avait fait autrefois des excès alcooliques.

Il entre à l'hôpital Cochin, service de M. Dujardin-Baumetz, le 3 mars dernier, pour des maux d'estomac. Depuis 7 mois déjà ses digestions étaient difficiles.

Il avait des éructations acides et des douleurs de ventre chaque fois qu'il prenait des aliments. Il avait en même temps des difficultés de déglutition ; car, si les liquides passaient assez facilement, les aliments solides ne descendaient que lentement, en produisant une sensation de brûlure tout le long de l'œsophage. Il ne se préoccupa d'abord que médiocrement de ces accidents ; mais, il y a 3 mois, il fut pris de vomissements survenant aussitôt après l'ingestion des aliments.

Depuis lors, il rendit tout ce qu'il prenait, en même temps qu'une

diarrhée persistante le forçait à aller quatre ou cinq fois par jour à la garde-robe. Cet état ne tarda guère à amener un amaigrissement considérable.

A son entrée dans le service, on constate qu'il ne boit que lentement, et qu'il rend, sitôt qu'il a cessé, les dernières gorgées de liquide; puis des régurgitations se succèdent tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures. La déglutition des aliments solides est tout à fait impossible. L'estomac est diminué de volume ; le foie petit.

Si on explore l'œsophage par le cathétérisme, la plus petite olive se trouve arrêtée à 32 centimètres de l'arcade dentaire inférieure.

Une sonde fine franchit encore l'obstacle néanmoins.

Le malade, interrogé sur ces antécédents, affirma n'avoir jamais avalé aucune substance caustique, bien que plus tard, revenant sur ses premières déclarations, il ait prétendu avoir avalé autrefois de l'eau de Javel pour du cidre. Il semble, du reste, n'avoir eu aucun accident sérieux à la suite de l'injection de ce liquide, immédiatement tout au moins.

Du 6 mars au 8 avril, on le soutint avec des lavements alimentaires et du lait, qui pouvait encore passer.

Dans la nuit du 7 au 8 avril, il fut pris de vomissements de matières glaireuses, filantes, striées de sang, sans traces de lait.

10 *avril*. Les vomissements ont cessé.

20 *juin*. La déglutition du lait devient de plus en plus difficile. Les vomissements ont reparu.

23 *juin*. Depuis hier (22 juin), le malade ne peut plus rien passer, il régurtite tout ce qu'il prend. La petite sonde ne peut plus franchir le rétrécissement.

Lavements alimentaires.

25 *juin*. Le malade s'est beaucoup affaibli : pouls petit, faiblesse considérable, abaissement de la température.

26 *juin*. Le malade, à bout de force, accepte la gastrostomie, qu'il avait refusée jusque-là. L'opération est pratiquée à 5 heures du soir, sous le spray et avec toutes les précautions de la méthode listérienne.

L'anesthésie est un peu difficile ; la période d'excitation se prolonge bien plus longtemps que ne l'eût pu faire présumer l'état de faiblesse extrême du malade.

Je fis une incision de 7 centimètres au niveau du bord externe du muscle droit, parallèlement au rebord des fausses côtes gauches. Cette incision, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce, s'étend de l'extrémité antérieure de la 8e côte au même point de la 11e.

J'arrivai rapidement sur le péritoine, après avoir passé au travers du bord externe du grand droit, avec une perte de sang tout à fait insignifiante ; une ou deux artérioles très petites avaient seules donné et furent aussitôt pincées.

Le péritoine soulevé, je lui fis une boutonnière suffisante pour admettre la lame des ciseaux droits qui la divisèrent dans toute l'étendue de l'incision de la paroi abdominale.

Le bord antérieur et la face supérieure du lobe gauche du foie vinrent

immédiatement se montrer dans l'incision, dont ils occupaient complètement la moitié supérieure.

Je fixai deux pinces sur les lèvres de l'incision péritonéale et procédai à la recherche de l'estomac. Pour cela, je relevai avec l'index gauche le lobe hépatique, tandis que l'index droit parcourant la face intérieure du même organe jusqu'à l'épiploon gastro-hépatique, que je reconnus fort bien, arriva rapidement sur l'estomac.

Je dois dire que je n'eus pas un moment d'hésitation, et que ce temps de l'opération, exécuté comme je viens de le dire, ne me causa pas le moindre embarras. L'estomac ainsi reconnu, je l'attirai au dehors avec une pince que je dirigeai sur mon index gauche, qui à ce moment avait remplacé celui de la main droite.

Ici un petit incident, sans aucune suite fâcheuse du reste ; la paroi de l'estomac amenée en dehors, et le point où je voulais établir l'ouverture choisi et déterminé, m'échappa avant que j'eusse pu la transfixer, et rentra dans la cavité abdominale. Je la retrouvai avec tout autant de facilité que la première fois, et l'ayant alors traversée d'une longue aiguille, je procédai à sa fixation dans la plaie abdominale.

Deux anses de fil métallique furent d'abord passées aux extrémités de l'incision, comprenant la paroi ventriculaire qu'elles avaient pour but d'adosser intérieurement à ces deux points.

Des anses latérales au nombre de douze, six de chaque côté, accolèrent, aussi exactement que possible, les péritoines pariétal et viscéral.

Cette suture put être faite avec une grande précision, car le péritoine pariétal, peu adhérent dans cette région, se laisse facilement amener dans l'incision au moyen d'une traction légère. Mes aiguilles passèrent toutes dans l'épaisseur de la paroi stomacale, sans arriver jusqu'à la muqueuse ; en dehors, outre le péritoine, elles comprenaient la moitié ou les deux tiers de l'épaisseur de la paroi abdominale.

L'estomac ainsi fixé, j'incisai sa paroi antérieure, dans une étendue de deux centimètres environ. La division de la muqueuse, comme cela est presque constant, donna lieu à un écoulement de sang très notable. Je puis même ajouter que ce fut elle qui fournit le peu de sang que coûta au malade son opération, car, jusque là, j'avais presque opéré à blanc. Deux pinces à forcipressure furent appliquées sur les points où l'écoulement était le plus abondant et en eurent facilement raison. Je rabattis ensuite vers la peau les deux très courts lambeaux, ou mieux bords, formés par la division du ventricule, et je les y fixai par deux points de suture de chaque côté : de telle sorte que l'ouverture fistulaire ainsi créée se trouvait partout tapissée par la muqueuse gastrique éversée.

Nonobstant la légère hémorrhagie que je viens de signaler, mon malade avait à peine perdu 30 ou 40 grammes de sang, autant que cette perte puisse s'évaluer. L'opération avait duré à peine trois quarts d'heure, dont la presque totalité avait été absorbée par l'application des sutures et l'anesthésie.

Le malade se réveilla sans incident, et sembla se remettre parfaitement des suites immédiates de l'opération.

Une sonde en caoutchouc rouge fut fixée (n° 30) dans l'ouverture ventriculaire, et on commença aussitôt l'injection, par son moyen, de très faibles quantités de lait (50 grammes environ). Je recommandai de ne renouveler que toutes les heures au plus ces injections alimentaires.

Les suites de notre intervention ne furent point favorables malheureusement.

Le lendemain matin, M. Dujardin-Baumetz trouva le malade dans un état satisfaisant, bien qu'il n'eût par dormi. On ajouta dans la journée de la poudre de viande au liquide alimentaire.

Vers 7 heures du soir, sans cause apparente, le malade tomba dans un état syncopal d'où il ne se releva pas ; il succomba vers 8 heures, 27 heures après l'opération.

Je pratiquai moi-même l'autopsie de la cavité abdominale, et enlevai en totalité la région, siège de l'opération, que j'ai l'honneur de vous présenter.

Du côté de la cavité péritonéale, il n'y avait pas trace d'inflammation.

Le péritoine pariétal, ainsi que le viscéral, était pâle, décoloré, sans aucune trace d'exsudats ni le moindre dépoli. Aucune rougeur, pas même au voisinage de l'opération ; à peine quelques sugillations sous-péritonéales, grosses comme des têtes d'épingle, au voisinage le plus immédiat de la zone traumatique. Le tube digestif, à part l'estomac, était absolument vide et revenu sur lui-même. Le ventricule contenait environ un demi-litre d'un liquide opaque, grisâtre, sans aucune trace de coagulation. Au moment de l'opération (j'ai omis d'en faire la remarque plus haut), il était absolument vide, revenu sur lui-même.

Des adhérences parfaites existaient déjà entre le péritoine viscéral et le pariétal. Ces deux feuillets sont tellement bien accolés, que le fond du sillon que forme l'estomac avec la paroi abdominale est parfaitement lisse et poli. On peut supposer que le revêtement épithélial s'est déjà reformé à ce niveau, et que, passant de l'estomac sous la paroi abdominale, il ne présente nulle part aucune solution de continuité.

Les anses des sutures sont naturellement très bien cachées par ces adhérences et ne paraissent nulle part. Sur la pièce que je présente, ces adhérences ont été détruites d'un côté, mais il suffit de voir du côté opposé aussi les traces des adhérences détruites par des mains malhabiles, pour se convaincre de l'exactitude de ma description. Fait important à remarquer, l'ouverture de l'estomac a porté sur le cul-de-sac pylorique, à trois travers de doigt environ de sa terminaison duodénale ; elle siège sur la partie moyenne de la face antérieure de cette région.

L'autopsie a été complétée par les élèves du service. On a trouvé au-dessus d'un rétrécissement très serré une dilatation œsophagienne

enflammée, entourée de tissus en suppuration, contenant des clapiers qui communiquaient par des fistules avec la région ectasiée. Le rétrécissement lui-même était dur, résistant, mais l'absence d'un examen histologique complet ne nous permet point d'affirmer positivement s'il s'agissait d'une néoplasie épithélioïde ou d'un tissu tout simplement inodulaire. Je ne considère point, du reste, l'eau de Javel comme un caustique assez puissant pour produire un rétrécissement organique aussi serré, et je rappellerai, du reste, qu'aucun accident sérieux ne suivit immédiatement son ingestion.

La gastrostomie est devenue une opération courante depuis 1876.

Jusqu'à cette époque, je ne trouve que 38 cas mentionnés dans le travail de Zesas ; tandis que 3 ans plus tard, 34 nouvelles observations avaient été déjà publiées (46 cas seulement sont mentionnés dans le remarquable travail de H. Petit, paru à cette époque).

Un certain nombre de gastrostomies présentées à la Société de chirurgie par divers membres (Berger, Championnière, Tillaux, Terrillon, etc.) indiquent que cette opération a fait son chemin dans notre pays, bien qu'elle y soit moins pratiquée que dans quelques autres contrées. Dans un travail tout récent (*Centralblatt für chirurgie*, 20 juin 1885), le Dr Knie, de Moscou, dans un article consacré à la technique de la colotomie, fait allusion *aux douze dernières gastrostomies* qu'il aurait pratiquées dans le cours de cancers de l'œsophage. Cette série lui aurait été très favorable, puisqu'il ne perdit que deux malades peu de temps après l'opération, et que tous les autres survécurent plusieurs mois. De ces deux malades, l'un succomba à la perforation d'un gros vaisseau, l'autre le 12e jour, aux suites de l'inanition.

Les perfectionnements de l'acte opératoire, puis la vulgarisation de la méthode antiseptique, tels sont, semble-t-il, les principaux motifs qui ont amené une répétition si fréquente de cette opération, si parcimonieusement exécutée depuis son origine jusqu'en 1876.

Les premières tentatives avaient été peu encourageantes ; mais convient-il de rapporter ces insuccès, comme quelques-uns le prétendent, à l'absence des méthodes antiseptiques ? Je pense qu'il ne convient d'attribuer à cette cause que les cas dans lesquels la terminaison malheureuse a été produite par une complication de nature septique, et la péritonite est le plus grave et le plus fréquent de ces accidents. Mais il reste un nombre très considérable d'observations où, comme dans celle qui m'est propre, les malades ont succombé peu de temps après l'opération, dans les premières heures ou les premiers jours qui l'ont suivie, sans qu'on ait trouvé le moindre désordre matériel capable de rendre compte de la mort. M. Le Dentu a parlé d'une action réflexe, hyposthénisante,

dont le point de départ serait le plexus solaire, et causerait ce qu'il a appelé le péritonisme dépressif.

Je crois plus juste d'admettre que ce sont les retards apportés à l'action chirurgicale qu'il faut incriminer, et conséquemment la faiblesse excessive des opérés, et ici une distinction s'impose. Parfois, en effet, le malade est dans un tel état de déchéance vitale, que la moindre action chirurgicale doit nécessairement précipiter un événement qui sans elle ne se serait guère fait attendre. L'opération est suivie alors d'un état de collapsus (choc opératoire) dont les opérés ne peuvent se relever.

Dans d'autres circonstances, l'opération semble avoir été bien supportée. Tout au moins n'est-elle point suivie des accidents dépressifs, auxquels je viens de faire allusion. Mais si la vie nerveuse semble encore se conserver, chez ces individus, dans un état d'intégrité assez parfaite, les fonctions de la nutrition semblent pour toujours paralysées. Rien ne sert d'injecter les cordiaux les plus réconfortants, les substances alimentaires les mieux choisies. Les viscères n'ont plus la force nécessaire à leur fonctionnement; l'estomac, l'intestin, ne sont plus que des réceptacles inertes dans lesquels séjournent les principes alibiles, sans qu'ils en puissent tirer le moindre parti. Les opérés continuent à succomber à l'inanition, dont ils offrent tous les symptômes, sans que l'acte opératoire en lui-même semble avoir sensiblement abrégé leurs jours.

Je ne puis donc attribuer qu'à une intervention hâtive les succès du chirurgien de Moscou (10 succès sur 12 dans des cancers de l'œsophage), et non point seulement à l'observance rigoureuse de la méthode antiseptique.

Il ne faut point oublier non plus que l'action cachectisante de l'affection épithéliale doit favoriser singulièrement les progrès de l'inanition, dont les premiers accidents sont rapidement causés par l'insuffisance de l'alimentation.

Est-ce à dire que je me déclare partisan d'une intervention rapide chez les cancéreux ? Tel n'est pas mon sentiment. Je pense qu'il faut s'abstenir, tant que les voies naturelles permettent une alimentation suffisante pour soustraire les malades aux tourments de la faim et de la soif, sauf les cas, cependant, où la déglutition s'accompagnerait de douleurs pénibles et menacerait de déterminer à bref délai ces accidents inflammatoires péri-œsophagiens qui peuvent se terminer de la façon la plus tragique. Le malade, sans nul doute, tirerait les plus grands bénéfices d'une opération, peu grave par elle-même, qui tout à la fois préviendrait ces accidents, et le délivrerait de ces cathétérismes longs, pénibles pour le malade et le chirurgien, et souvent si dangereux, lors même qu'ils sont exécutés par des mains habiles. L'expérience démontre,

en tout cas, que le chirurgien doit se montrer observateur attentif et sagace: car il doit saisir le moment où il devient opportun d'agir, sans attendre à avoir la main forcée par les événements.

Il ne me reste que peu de choses à ajouter au sujet de la technique opératoire. Je me suis conformé aux règles établies par M. Verneuil. Mon incision pourrait paraître un peu brève à quelques-uns ; je ferai observer pourtant que, le péritoine ouvert, la moitié supérieure se trouva obstruée par le foie, que je dus soulever pour rechercher l'estomac. J'insiste sur la situation profonde de ce viscère absolument libre et retracté, que je ne pus aucunement apercevoir par l'écartement de la plaie, mais que mon doigt reconnut parfaitement, grâce à ses connexions anatomiques. Jusqu'à ce que mon expérience se soit modifiée sur ce point, je ne me rends pas bien compte des difficultés que certains opérateurs ont rencontrées dans ce temps de l'opération. Les difficultés ont pourtant été telles que des erreurs très préjudiciables ont été commises, puisque, dans un cas non publié et communiqué oralement à Schönborn, le côlon transverse fut suturé et ouvert au lieu et place de l'estomac.

Cette difficulté peut tenir à l'exiguïté de l'incision.

On doit donner la préférence, me semble-t-il, au doigt, qui peut si facilement reconnaître les viscères et notamment la face inférieure du foie, qui constitue un point de repère qui ne peut point tromper.

Le reste de l'opération offre si peu de difficultés ou d'imprévu, que je juge inutile de rien ajouter à ce que les premiers auteurs ont écrit à ce sujet.

Discussion.

M. Championnière a fait deux fois la gastrostomie ; la première fois le malade s'est asphyxié en avalant une grande quantité de bouillon qui, par une fistule de son cancer œsophagien a ainsi pénétré dans la plèvre; le second malade a survécu quatre mois.

Quant aux rapports de l'estomac, il remarque que l'estomac n'est jamais en rapport avec la paroi abdominale, excepté dans les observations de M. Felizet, qui a insufflé l'estomac pour le rendre plus abordable à l'opérateur.

Le point de repère est le bord inférieur du foie, qu'on peut toujours reconnaître assez bien.

Cependant il faut faire une réserve pour les estomacs très contractés.

M. Championnière, à l'inverse de M. Marchand, prend la muqueuse dans sa suture.

En renversant la muqueuse gastrique, il se produit une espèce de cul-de-poule dans lequel il n'y a qu'à verser les liquides alimentaires ; quand on ne fait pas ce renversement, il faut mettre une sonde à demeure.

Un point capital distingue notre pratique de celle qui est suivie à l'étranger. Nous opérons en France beaucoup trop tard. Dans de telles conditions la mortalité est considérable; dans son premier cas la mort a été très rapide, dans un état de dépression complète. Dans le deuxième, le succès a été complet. M. Championnière a nourri son malade avec de petites sondes, mais le passage de ces sondes est extrêmement douloureux.

En résumé, cette opération est plus simple que l'anus contre nature.

M. Berger est du même avis que M. Championnière, sur la technique opératoire.

Relativement à la suture, il n'est pas mauvais de prendre la séreuse et de faire la suture à double étage.

Quant aux adhérences, elles se produisent très rapidement, M. Berger en a observé au bout de vingt heures.

Albert (de Vienne) opère en deux temps, il ouvre la paroi jusqu'à l'estomac, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'il ouvre l'estomac. Le chirurgien viennois a des succès très nombreux. Nous opérons trop tard : le malade de M. Championnière, celui de M. Nicaise, comme le mien, étaient mourants avant l'opération. A Vienne on agit autrement et l'opération est faite presque aussitôt que le diagnostic de la lésion œsophagienne est porté.

M. Marchand a senti comme une aspiration de l'air dans le péritoine, il n'a pas vu l'estomac, il l'a cherché avec le doigt, cette recherche a quelquefois amené des erreurs, deux fois le côlon transverse a été fixé dans la plaie au lieu de l'estomac.

Au point de vue de la suture, la plupart des auteurs sont d'avis de ne pas suturer la muqueuse, elle saigne beaucoup, le contact des fils peut donner lieu à certains réflexes ; dans quelques cas l'opéré est mort de péritonite, et dans un cas entre autres (Volkmann), en examinant au microscope les liquides qui avaient filtré dans l'intervalle des sutures, on reconnut facilement des éléments et des particules alimentaires.

La survie des malades tient beaucoup plus à la période à laquelle on opère qu'à l'opération même.

Présentation de pièce.

M. Kirmisson présente une pièce de fracture du crâne avec épanchement sanguin intra-cranien. L'observation qu'il communique à ce sujet est renvoyée à M. Championnière, qui en est nommé le rapporteur.

La séance est levée à 5 heures.

Pour le Secrétaire, P. Gillette,
Nepveu.

Séance du 7 octobre 1885.

Présidence de M. Duplay.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications médicales périodiques depuis le 12 août dernier ;

2° M. le Dr G.-B. Marka, chirurgien de l'hôpital de Venise, envoie à la Société trois brochures : *Abcès lombaire ossifluent et polyurie; Observations cliniques sur les rétrécissements de l'urèthre; Extirpation et guérison d'un goitre médian par la ligature élastique;*

3° M. le ministre de l'Instruction publique adresse à la Société le programme du congrès des Sociétés savantes pour l'année 1886 ;

4° M. le Dr Jeannel envoie une *Observation de névralgie du dentaire inférieur* (commissaire : M. Monod);

5° M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. Ollier (de Lyon), le tome Ier de son *Traité des Résections;*

6° M. le Dr Schmit, médecin-major, envoie : 1° Une brochure intitulée : *Des calculs salivaires;* 2° Un travail manuscrit : *Contri-*

bution à l'étude de la fracture du calcanéum par arrachement. (Commission : MM. Sée, Polaillon, Lucas Championnière, rapporteur);

7° *Plaie contuse de la tête; fracture des os du crâne; trépanation*, etc., par le professeur E. Alvarez (de San-Salvador) (M. Lucas Championnière, rapporteur);

8° *De la résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe*, par le Dr E. Menaget, présenté par M. Polaillon;

9° *Inversion utérine datant de treize ans; ablation par la ligature à tractions élastiques; guérison*, par le Dr Défontaine (du Creusot) (commissaire : M. Terrier);

10° *Arrachement du doigt médius avec les deux fléchisseurs*, par le Dr Cravin (commissaire : M. Polaillon);

11° *A new bandage for fixation of the humerus and shoulder-girdle*, offert par M. le Dr Dulles-W. (de Philadelphie);

12° Une lettre complémentaire d'une *Observation de taille hypogastrique*, par M. le Dr Maréchal (de Brest) (commissaire : M. Monod);

13° *Une observation du calcul enchatonné*, par M. le Dr Mandillon (de Bordeaux) (Commissaire : M. Monod).

Rapport.

De la déformation des projectiles sur les pièces du squelette. — Indications que l'on peut tirer de ces déformations relativement au diagnostic des fractures, par le Dr H. Bousquet, médecin-major, agrégé au Val-de-Grâce.

1° Rapport par M. Chauvel.

Le diagnostic exact des lésions osseuses produites par les projectiles est souvent d'une difficulté extrême, si l'on ne veut recourir à des débridements et à une exploration directe du foyer de la fracture. L'introduction du doigt ne suffit même pas, dans certains cas, pour apprécier l'étendue des désordres. Il y a donc un intérêt puissant à utiliser, pour arriver à ce but, toutes les indications. De nos jours, où les débridements sont presque universellement rejetés, où l'exploration des plaies d'armes à feu est considérée par nombre de chirurgiens comme extrêmement dangereuse, c'est dans

les signes extérieurs qu'on se trouve naturellement porté à chercher les éléments d'un diagnostic suffisant.

L'examen des balles arrêtées au sein des tissus, après avoir frappé l'une des pièces du squelette, peut-il aider au diagnostic des lésions osseuses? Telle est la question que s'est posée M. le Dr Bousquet, notre collègue au Val-de-Grâce ; et dans le mémoire qu'il nous a présenté, il y a répondu par l'affirmative. Il suffit de jeter les yeux sur les figures qui accompagnent son travail, sur les balles déformées déposées au musée du Val-de-Grâce, par MM. Delorme et Bousquet, sur les planches de l'histoire chirurgicale de la guerre de la Sécession et sur la brochure plus récente de von Beck (*Ueber die Wirkung moderner Gewehrprojectile*, etc. Leipzig, 1885), pour pouvoir affirmer que les projectiles modernes subissent, par le choc sur les os, des déformations remarquables. Signalées déjà par les anciens, relevées depuis quelques années avec plus de soin, ces déformations, comme l'indique le Dr Bousquet, peuvent être rapportées à deux types principaux : les déformations de *pointe* et les déformations *latérales*.

Les déformations de *pointe* sont en rapport suivant leur degré avec les simples empreintes, les fractures à grandes esquilles latérales, les fractures en sac de noix; aux déformations latérales répondent des empreintes simples ou avec fêlures, des fractures sans disjonction des fragments. Quand, agissant sur le tissu spongieux, le projectile a creusé une gouttière ou fait une perforation complète, les rayures de sa surface externe permettent aisément de l'affirmer. Comme M. Bousquet, je crois que toutes les fois qu'une balle sera restée dans les parties molles et que son extraction pourra être faite *sans inconvénient*, le chirurgien ne devra jamais manquer d'examiner les déformations qu'elle a subies. Mais le cas se présentera-t-il souvent sur les champs de bataille? Les partisans de la non-exploration répondront que les recherches nécessaires pour trouver le projectile, les manœuvres indispensables pour son extraction, sont une source de dangers et une porte ouverte à l'infection du foyer. Les rares défenseurs de l'exploration directe *quand même* trouveront plus sûrs les renseignements fournis par le doigt. Qu'on accepte l'occlusion immédiate antiseptique, qu'on se range du côté des incisions, des lavages, de la simplification, de la désinfection énergique du foyer ; l'examen du projectile sera toujours chose secondaire. Dans les cas seulement où la balle est restée dans les vêtements, dans les cas où, placée immédiatement sous la peau, directement sous les doigts, son extraction sera permise, le chirurgien pourra tirer de ses déformations des indications avantageuses au point de vue de la nature, de l'étendue des lésions et de la conduite à tenir. Encore faut-il se

demander si ces déformations n'ont pas été produites avant l'entrée de la balle dans les tissus, par le choc contre un corps solide, une pièce de l'armement ou de l'équipement du soldat. Ceci ne diminue en rien, je tiens à le dire, le mérite du mémoire de M. Bousquet et l'intérêt de ses recherches. — Je vous propose donc, messieurs : 1° d'adresser des remerciements à M. Bousquet ; 2° de publier intégralement son travail dans nos *Bulletins* ; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. — Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

2° Travail de M. Bousquet.

Lorsqu'un projectile rencontre une pièce du squelette, il produit des effets variés, suivant la vitesse dont il est animé et l'incidence sous laquelle il se présente ; la résistance du tissu osseux, le plus ou moins de malléabilité du métal ou des métaux qui entrent dans la composition du projectile, ont aussi une action des plus manifestes.

Grâce aux observations des chirurgiens américains, aux recherches de Bornhaupt et de Delorme, les fractures par balles ont été ramenées, en ce qui concerne les os longs, à un certain nombre de types assez nets. Sans insister sur ce sujet et sans vouloir en rien déprécier les travaux de nos devanciers, nous pensons que ces types sont beaucoup moins particuliers à la chirurgie d'armée qu'on ne l'avait cru jusqu'à ce jour. Quelque soit l'agent vulnérant, les os longs résistent à la façon des cylindres creux, et c'est dans le mode de résistance spéciale à ces cylindres, ainsi que dans la structure architecturale des os longs, qu'il faut, suivant nous, rechercher la cause de la constante apparition de tel ou tel type.

Dans le contact réciproque du squelette et du projectile, ce dernier, lorsqu'il est formé de métaux malléables, cas ordinaire à l'époque actuelle, subit aussi certaines déformations ; c'est là un fait très anciennement connu et sur lequel Ledran, Percy, Larrey, Dupuytren, etc., ont successivement attiré l'attention. Ces déformations augmentant la surface du contact, nous rendent compte des dégâts considérables que produisent les projectiles modernes malgré leur faible volume ; aussi n'est-il pas surprenant que l'on ait pensé à diminuer l'effet nuisible des balles, en employant pour leur confection des alliages plus résistants que le plomb ou des projectiles enveloppés d'une cuirasse d'acier ou de cuivre. (Voir von Beck : *Action des projectiles modernes, en particulier des projectiles cuirassés de Lorentz sur les animaux.*)

Lorsqu'il y a trois ans nous avons été chargé de conférences expérimentales de chirurgie d'armée à l'école du Val-de-Grâce, il

nous a semblé reconnaître certaines relations entre les types de fracture que nous obtenions et les déformations des projectiles qui avaient produit telle ou telle solution de continuité ; dès lors, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible de tirer de la déformation de la balle quelques indications relatives au diagnostic de la lésion osseuse. A partir de cette époque, toutes les fois qu'à la suite d'un coup de feu ayant atteint le squelette la balle est restée dans les parties molles, nous avons, avec l'aide de messieurs les stagiaires, et sans aucun parti pris, comparé la déformation de la balle et la lésion osseuse. Ce sont les résultats de ces observations que nous nous proposons de vous présenter aujourd'hui.

Nous n'avons pas la prétention d'ajouter un chapitre nouveau à la chirurgie d'armée, mais l'étude des lésions osseuses par coups de feu est si ardue, le diagnostic si difficile, que les moindres détails méritent d'attirer l'attention du chirurgien.

Dans le tome III de l'*Histoire chirurgicale de la guerre d'Amérique*, il existe une planche représentant des projectiles déformés. Notre camarade Delorme a laissé au musée du Val-de-Grâce plusieurs balles analogues aux nôtres, recueillies pendant le cours de ses expériences ; nous trouvons encore des types semblables dans l'ouvrage de von Beck. Ces divers auteurs, à notre connaissance au moins, n'ont pas établi de rapports entre la déformation des projectiles et les types des fractures ; nous nous appuierons cependant sur leur collection pour affirmer : 1° que les déformations obtenues sur le cadavre sont absolument analogues à celles que l'on rencontre sur le vivant ; les types réunis dans l'ouvrage d'Huntington se rapprochent beaucoup de ceux que j'ai l'honneur de vous présenter ; la similitude est complète lorsqu'on examine les planches de Beck, qui a employé des projectiles de même calibre ; 2° que les balles mises entre les mains de nos troupes dans ces dernières années, et dont la substance est un alliage d'antimoine et de plomb, se déforment autant que les projectiles anciens en plomb pur comprimé. Nos expériences ont été faites successivement avec les deux sortes de projectiles, et nous n'avons pas observé que l'alliage de plomb et d'antimoine résistât mieux que le plomb pur comprimé. Il serait donc illusoire d'espérer obtenir avec ces balles des dégâts moindres.

Ceci posé, les déformations subies par les balles peuvent être toutes ramenées à deux types principaux : *Déformation de pointe* ou *déformation latérale*. Dans la première variété, la pointe du projectile tend à se rapprocher de sa base, absolument comme si la balle, placée sous une enclume, avait été progressivement écrasée par un marteau pilon agissant perpendiculairement ; dans la

deuxième variété, au contraire, la force a agi parallèlement au grand axe du projectile.

Trois facteurs interviennent en pareille circonstance : 1° l'incidence sous laquelle le projectile aborde les os ; 2° la vitesse dont il est animé ; 3° la résistance du tissu osseux. Ces trois facteurs combinent leur action, et de leur influence réciproque résultent le sens et l'étendue de la déformation.

1° *Déformation de pointe.*

Lorsque le projectile arrive sur le squelette perpendiculairement, de plein fouet (conditions de la déformation de pointe), les choses se passeront différemment, suivant que la partie du squelette atteinte sera formée de tissu compact ou de tissu spongieux.

Supposons la première condition réalisée, la balle frappe une portion du squelette constituée par du tissu compact ; ce tissu ne se laissera pas désagréger sans opposer une résistance, que les expériences de Messerrer nous ont appris être souvent considérable ; le projectile s'émousse contre cet obstacle et la déformation qu'il subira sera proportionnelle à la vitesse dont il était animé et à la résistance du tissu osseux. Tantôt la pointe de la balle est légèrement aplatie, et au lieu d'avoir sa forme ovoïde normale, elle est surmontée d'une sorte de plate-forme (*fig.* 1) : *premier degré*

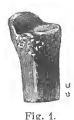


Fig. 1.

Déformation de pointe (1er degré). Cette balle s'est arrêtée sur la partie supérieure du cubitus, laissant une simple empreinte (fusil Gras : distance, 1,500 mètres).

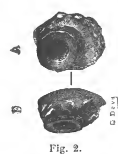


Fig. 2.

Balle de revolver qui présente la déformation à deux ailettes latérales. Déformation en T.

de la déformation. Tantôt la partie supérieure de la balle en se tassant la coiffe d'une série d'ailettes, ou bien l'aplatissement est encore plus accentué et la persistance de la cavité creusée dans la partie inférieure du projectile le fait ressembler à un béret basque. — Dans d'autres cas, les parties écrasées ont formé deux ailettes, et la coupe du projectile suivant son axe vertical offre la configuration d'un T majuscule (*fig.* 2). Ce sont là autant de variétés que

nous réunirons dans un seul groupe : *deuxième degré de la déformation de pointe.*

Enfin, si la balle, accusée d'une grande vitesse, a rencontré une portion très résistante, elle peut être complètement aplatie ou déchirée en plusieurs fragments qui ressemblent aux pétales d'une fleur (*fig.* 3) : *troisième degré de la déformation de pointe. Aplatissement total en forme de marguerite.*

Dans quelques circonstances de fines aiguilles osseuses se sont implantées à la surface du projectile. Au premier degré de la

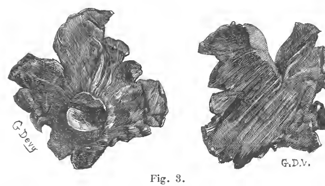


Fig. 3.

Face postérieure et face antérieure d'une balle de fusil Gras présentant un aplatissement total. (Déformation de pointe, 3e degré.) Le projectile a atteint la diaphyse fémorale à la partie moyenne et produit une fracture esquilleuse, 22 esquilles dans le foyer de la fracture. Distance du tir, 800 mètres.

déformation de pointe correspondent, du côté du squelette, de simples contusions osseuses, au point frappé; le périoste est enlevé, déchiré sur une certaine étendue ; le plomb a laissé une empreinte noirâtre sur le tissu compact, il n'y a ni fêlure ni fissure ; cependant ces cas ne doivent pas être traités à la légère, l'ébranlement médullaire a été considérable, et il faut craindre l'apparition de l'ostéomyélite. Des faits de ce genre sont communs dans le tir au revolver à partir de 20 mètres ; pour le fusil Gras ils nécessitent de grandes distances, on peut les considérer comme caractérisant l'action des balles perdues. Dans de rares circonstances, nous avons vu se produire une fracture transversale, sans aucune esquille. Les différents types dont nous avons constitué le deuxième groupe des déformations de pointe déterminent sur les grands os longs ces fractures à esquilles latérales que *Bornhaupt* désigne sous le nom de fractures diaphysaires types, et *Delorme* sous celui de fractures en X. Tantôt les esquilles sont encore maintenues par des trousseaux périostiques, la fracture est ébauchée

mais incomplète ; tantôt les deux esquilles latérales ont été détachées et même divisées en plusieurs fragments, circonstances sur lesquelles nous renseignera la palpation du membre.

Nous arrivons enfin à la déformation de pointe portée au maximum (aplatissement total du projectile). Deux cas peuvent ici se présenter.

La palpation du membre révèle une fracture fortement esquilleuse, un véritable sac de noix ; ou bien elle est négative, l'os semble intact. Dans la première de ces conditions, on peut être certain que l'os a été broyé. Il en était ainsi du fémur direct d'un sujet frappé par les balles représentées figure 3. La diaphyse fémorale atteinte à sa partie médiane avait été broyée ; nous avons retiré du foyer de la fracture 22 esquilles de volume appréciable.

Parfois l'aplatissement du projectile est aussi complet que dans la figure 3, cependant, ainsi que nous l'avons dit, la palpation ne révèle pas de solution de continuité, la balle a épuisé toute sa force sur l'os sans pouvoir triompher de sa résistance. Des faits de ce genre sont communs dans le tir au revolver à une distance de 10 à 15 mètres, et l'expérience nous a démontré qu'il existe alors une empreinte au point frappé, et du côté opposé des fêlures simples ou multiples.

Fêlure symétrique de Delorme. — Toutes les fois que dans nos conférences nous avons trouvé dans les parties molles des projectiles ainsi aplatis, nous avons, en l'absence de tout signe de fracture, annoncé l'existence de fêlures du côté opposé, et très rarement l'autopsie des membres a démenti notre diagnostic.

Il est inutile d'insister sur la gravité de semblables coups de feu. Néanmoins, nous devons attirer l'attention sur le danger qu'il y aurait à imprimer des mouvements au membre blessé sous prétexte de rechercher la crépitation, on courrait ainsi le risque de transformer une fracture incomplète en fracture complète ; nous avons vu la chose se produire de temps à autre entre les mains de nos élèves.

Passons à la deuxième supposition : au lieu de rencontrer le tissu compact, la balle est arrivée au niveau de l'épiphyse, qui se laisse traverser. Malgré sa faible résistance, le tissu spongieux mord cependant sur le plomb, et y laisse des traces suffisantes pour que l'on puisse reconnaître et affirmer l'existence de la perforation. La balle présente en effet une forme caractéristique : son sommet est légèrement aplati et sa surface tout entière paraît chagrinée, on dirait qu'elle a été grattée par les dents d'un peigne d'acier (*fig.* 4). La légère déformation de la pointe provient de la résistance opposée par les lamelles de tissu compact, et les déchi-

rures fines de la surface résultent de l'action des lamelles osseuses du tissu spongieux.

2° *Déformation latérale.*

Voyons maintenant ce que va nous apprendre l'examen des déformations latérales. L'aspect du projectile varie encore, suivant




Fig. 4.

Deux balles de revolver d'ordonnance, l'une a perforé le col du fémur, l'autre une malléole externe.



Fig. 5.

Déformation latérale (1er degré). Balle de fusil Gras : distance, 1,500 mètres. Le projectile avait laissé une simple empreinte sur une diaphyse du fémur.

que la partie du squelette qui a été frappée avait une consistance plus ou moins grande. Lorsque la balle arrive tangentiellement et avec une faible vitesse contre la diaphyse d'un os long, comme le fémur, la partie qui a touché l'os présente une surface de section oblique faite comme à l'emporte-pièce (*fig.* 5). En pareille circonstance, du côté de l'os, il existe une empreinte et quelquefois une ou plusieurs fêlures symétriques, opposées à l'empreinte.

Dans d'autres cas, la balle, déjetée sur son axe, montre un de ses côtés totalement chagriné (*fig.* 6) ; semblables déformations correspondent aux gouttières communes près de la partie supérieure du tibia, au niveau du trochanter de l'ischion, et dans les diverses régions où une couche un peu épaisse de tissu compact recouvre du tissu spongieux.

Il nous reste à signaler quelques variétés insolites de déformation ; l'une pour laquelle je proposerai le nom de *déformation en ailette;* l'autre dans laquelle le projectile est divisé en deux parties égales absolument comme par un instrument tranchant.

Voici comment se produit la déformation en ailette. Supposez un projectile arrivant parallèlement à l'os iliaque et traçant une gouttière dans cet os. Si la force d'impulsion du projectile n'est pas suffisante pour triompher des obstacles accumulés devant lui,

il s'arrête dans la tranchée qu'il a ouverte, et sa pointe butant à l'extrémité de la gouttière contre l'os qui résiste, se laisse déjeter. La déviation se produit naturellement du côté des parties molles ;



Fig. 6.

Déformation latérale (2e degré). Balles de fusil Gras déviées sur leur axe, l'une a atteint la partie supérieure du tibia, l'autre le col de l'humérus en produisant des gouttières sur ces os.

un morceau de plomb plus ou moins volumineux formera un relief sur le côté de la balle restée lisse, tandis que la face opposée en contact avec le tissu spongieux sera recouverte de fines dentelures.

Nous avons rencontré, il y a deux ans, une balle exactement sectionnée en deux parties sur le bord interne d'un radius ; cet os présentait une fracture transversale sans aucune esquille. Récemment nous avons recueilli un deuxième projectile présentant une déformation à peu près semblable ; il s'agit d'une balle de revolver qui, après avoir perforé la diaphyse du tibia, au tiers supérieur, en produisant une fracture type, a atteint le bord interne du péroné, sur lequel elle a commené à se partager ; la force d'impulsion étant à peu près épuisée, la section du projectile n'a pas été complète ; nous l'avons trouvé à cheval sur le péroné, qui présentait à ce niveau une fracture transversale semblable à la précédente et nullement esquilleuse.

Ceci nous démontre qu'il ne faut pas une force bien considérable pour produire la section d'un projectile sur une arête osseuse, puisqu'en pareil cas des os aussi grêles que le radius et le péroné présentent la solution de continuité la plus simple possible.

De cet exposé, nous déduirons les conclusions suivantes :

1° Les balles, en arrivant sur les pièces résistantes du squelette, subissent, suivant l'incidence sous laquelle elles abordent les tissus, des déformations qui peuvent toutes être ramenées à deux types : déformation de pointe et déformation latérale ;

2° Les déformations de pointe, très variables et susceptibles d'aller jusqu'à l'aplatissement le plus complet de la balle, correspondent, suivant leur degré, à des lésions osseuses diverses : simple empreinte, fractures à grandes esquilles latérales, fractures en sac de noix ;

3° L'aplatissement total d'une balle ne comporte pas quand même l'existence d'une fracture complète. Si la vitesse du projectile est insuffisante pour triompher de la résistance du tissu osseux, on trouve, au point de contact, une simple empreinte, et du côté opposé, une ou plusieurs fêlures (fêlures symétriques) ;

4° La déformation latérale correspond, dans la majorité des cas, à une simple empreinte du côté de l'os; dans quelques circonstances cependant il existe des fêlures, même des fractures à grandes esquilles, mais sans disjonction des fragments;

5° Il est toujours facile par l'aspect de la balle de reconnaître les perforations et les gouttières;

6° Toutes les fois qu'une balle sera restée dans les parties molles, et que son extraction pourra être faite sans inconvénient, le chirurgien ne devra jamais manquer d'examiner les déformations qu'elle présente : il peut en effet en tirer des indications capitales au point de vue du diagnostic.

Communication.

M. Desprès fait une communication au sujet d'une observation intitulée : *Corps étranger de la vessie, taille bilatérale.*

M. Desprès. Nul plus que moi n'est partisan de la taille hypogastrique que Giraldès et moi avons réhabilitée ici à la Société de chirurgie il y a bien des années. Cette taille, qui n'expose à couper aucun gros vaisseau, aucun organe vasculaire, est théoriquement supérieure aux diverses tailles périnéales. Est-ce à dire qu'on doive entièrement rejeter ces dernières? Eh bien, je dis non, et j'apporte à la Société un fait qui le démontrera. Toutes les fois, en effet, que l'on peut ouvrir la vessie par le périnée, sans toucher le bulbe de l'urèthre et sans dépasser les limites de la prostate, la taille périnéale n'offre aucun danger. J'ai pu, pour un petit corps étranger de la vessie dont je connaissais à l'avance les dimensions, faire une large incision au périnée, qui m'a permis

d'éviter le bulbe, et une petite incision qui n'a pas dépassé les limites de la prostate.

Observation. — L'histoire du malade dont il va être question a été publiée en partie dans la *Gazette des hôpitaux*, n° du 17 octobre de cette année. Je passe sur les détails relatifs à l'uréthrotomie externe, que j'ai pratiquée le 17 juillet pour extraire le crochet, c'est-à-dire une épingle recourbée en crochet, que le malade avait laissé dans l'urèthre en cherchant à extraire le fragment de morceau de bois qu'il avait introduit dans sa vessie. N'ayant pu saisir, en introduisant un brise-pierre à cuiller par la plaie de l'uréthrotomie, le morceau de bois, en raison de la difficulté de sentir le contact, j'ai décidé que je pratiquerais la taille périnéale.

Le 2 septembre, sans injection vésicale préalable, le malade étant chloroformé et attaché, les mains aux pieds, suivant les règles de l'art, j'ai fait l'incision d'après le procédé de Nélaton, dit de la taille prérectale, c'est-à-dire la modification moderne du procédé de la taille bilatérale de Dupuytren. La découverte de la portion membraneuse de l'urèthre fut facile, et l'ouverture de ce canal sur le cathéter permit de passer le lithotome dans la vessie sans obstacle. Le reste de l'opération fut exécuté suivant les règles. Un seul point mérite l'attention : j'avais donné aux lames de l'instrument un écartement de 13 millimètres, ce qui devait me donner une incision de 1 centimètre environ, juste la place de passer le doigt ou une pince à larges mors : ce n'était pas la tenette à calculs qui pouvait être employée.

Aussitôt le col de la vessie incisé, j'introduisis le doigt, le plus sûr de tous les instruments explorateurs (ce qu'avait négligé de faire l'opérateur dont M. Monod a analysé ici l'observation), et je tombai de suite sur un fragment de tige de bois (le malade nous avait dit que le morceau de bois resté dans la vessie était un fragment d'une tige de bouleau entouré de fil et de cire). Ce fragment de bois était en travers et fixé dans la muqueuse vésicale par une de ses extrémités à droite. Je fis sentir à trois de mes aides le corps étranger dans sa position. Je voulais leur montrer ce que j'ai dit à la Société à propos d'une observation qui a été discutée ici, et où il est rapporté que deux tailles périnéales avaient été faites sans succès pour extraire une sonde restée dans la vessie ; je voulais leur montrer que le doigt introduit par la plaie de la taille périnéale sent on ne peut plus facilement ce qu'il y a dans la vessie, vide alors et revenue sur elle-même. Pendant ces explorations, le morceau de bois fut déplacé, et comme du sang s'était amassé dans la vessie, je fis une injection à grande eau dans la vessie et le morceau de bois sortit avec des caillots de sang. Le morceau de bois que vous voyez avait 5 centimètres de long, entouré de fil à un bout ; il avait 2 millimètres de diamètre et commençait à s'incruster. Par précaution, je plaçai la canule à chemise, et le malade fut reporté à son lit.

Aucun accident ne survint, la température ne s'éleva pas à 38°. Le malade était au régime lacté, et sa plaie, depuis le jour de l'opération

jusqu'à ce jour, a été pansée exclusivement avec un cataplasme de farine de graine de lin, renouvelé trois fois par jour.

Le 22 septembre, la plaie vésicale et prostatique était guérie, il ne coulait plus d'urine que par l'urèthre ; aujourd'hui, le malade se lève et sortira prochainement de l'hôpital.

Le malade a eu passagèrement des accès de douleurs néphrétiques à droite, qui ne sont pas rares chez les taillés. Klebs a attribué ces douleurs à une néphrite parasitaire propagée de la vessie au rein. Je ne juge pas la question et je ne cite ces douleurs que pour mémoire.

Discussion.

M. Monod. Je veux commencer ici par prendre la défense de M. Maréchal : doigt, instrument, avaient été introduits pour pratiquer l'exploration vésicale. Dans l'observation en question, on ne put arriver à constater le corps étranger à cause de l'épaisseur du périnée ; mais, je le répète, tous les chirurgiens suivent le précepte que nous indique M. Després. Il n'en est aucun qui, ayant à enlever un corps étranger vésical, négligerait d'introduire le doigt dans la vessie ouverte et de chercher dans tous ses coins et recoins. Et cependant, malgré cette précaution, il est certains corps étrangers qui peuvent échapper. Tels sont ceux qui sont enclavés dans une loge creusée dans la paroi et qui ne communique avec la vessie que par un orifice très étroit, comme Houstet en a cité dans son mémoire à l'Académie de chirurgie[1]. Tels sont ceux également qui se placent derrière la prostate, fortement hypertrophiée, à l'exemple du cas de M. Demons, dont l'observation a été déposée sur notre bureau.

M. Le Dentu. Certains côtés de l'observation de M. Després viennent à l'appui de ce que je disais récemment à la Société à propos d'un malade dont j'ai lu l'observation, à savoir que dans certains cas, les cas simples, il y a lieu de choisir, pour extraire le corps étranger, la voie périnéale.

M. Després reproche aux chirurgiens de ne pas, dans le cours de l'opération, introduire le doigt dans la vessie : c'est une manœuvre que tout le monde conseille et que tout le monde pratique : c'est moi qui reprocherais à M. Després, dans le cas actuel, de ne pas s'être assez servi du doigt et d'avoir pratiqué, pour extraire le corps étranger vésical, une taille bilatérale qui à mon avis était inutile; après la boutonnière périnéale et la dilatation avec le

[1] Houstet, Observations sur les pierres enkystées et adhérentes à la vessie (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 399, in-4°, nouv. édit.).

doigt, l'introduction d'une pince aurait suffi pour retirer l'épingle : la taille médiane n'expose pas les malades aux dangers que leur fait courir la taille bilatérale. Toutefois, je le répète, dans les cas simples de cette nature, je choisirais toujours de préférence, comme M. Després, l'intervention du côté du périnée.

M. Berger. Je suis de l'avis de M. Le Dentu en ce qui concerne l'extraction des corps étrangers de la vessie, lorsqu'ils sont petits et voisins du col. Une simple boutonnière périnéale suivie de la dilatation de la partie prostatique de l'urèthre suffit le plus souvent pour arriver sur ces corps et pour les extraire. Pour moi, il n'y a pas de milieu : ou bien, on doit faire la simple boutonnière et la dilatation des voies naturelles, ou bien on doit pratiquer la taille hypogastrique.

M. Tillaux. Je désirerais faire à M. Després une réflexion anatomique. Il nous dit qu'il a pratiqué une incision de 2 centimètres pour extraire un corps étranger de 1 centimètre ; or, le col de la vessie a justement 1 centimètre, par conséquent il n'était pas utile de l'inciser. C'est surtout dans les cas de ce genre, alors qu'il est inutile de faire une grande incision au col vésical, que la dilatation par le procédé de Dolbeau trouve son indication.

Je ne puis sortir de ce dilemme : ou bien il est utile d'inciser le col pour agrandir la voie, si le corps étranger dépasse les dimensions de ce dernier; ou bien, s'il est de même calibre, il est inutile de pratiquer cette incision.

M. Després. Ce n'est pas le col qu'on incise, c'est la prostate à travers laquelle on se fait jour ; or, la portion prostatique ne comporte pas la dilatation dont parle M. Tillaux. Je suis peu partisan du procédé de Dolbeau, que je considère même comme une mauvaise opération, parce qu'elle contusionne l'organe prostatique et détermine ultérieurement de l'incontinence d'urine. J'ai pratiqué chez mon opéré une incision prostatique pour frayer un chemin à l'instrument que j'ai introduit dans la vessie, et je crois que j'ai fait sagement.

M. Berger a raison : un corps de moyen volume, mais non extrêmement petit, peut être facilement enlevé par la simple boutonnière périnéale ; mais, quand il s'agit de corps étrangers de très faible dimension, d'épingles, d'aiguilles, de petites médailles, on ne peut les sentir par une simple incision, et il est nécessaire de se frayer une voie à travers la région prostatique. Dans le cours de mon opération, j'ai, à l'exemple de M. Le Dentu, introduit un lithotriteur, j'ai dilaté la portion membraneuse et je n'ai absolument rien senti. Il est, à mon avis, insuffisant, inutile de faire une opé-

ration qui ne vous donne pas assez de jour. Je répondrai enfin à M. Monod que, même dans les cas de périnée épais et gras, le doigt peut explorer l'intérieur de la vessie, en se faisant pousser le coude par exemple et en pratiquant le palper de la paroi abdominale conjointement avec l'exploration périnéale.

Lecture.

M. Guermonprez (de Lille) donne lecture d'une observation intitulée : *Abcès gangreneux sus-diaphragmatique de la cavité pleurale; thoracentèse et curage du foyer purulent* (M. Lucas-Championnière, rapporteur).

La séance est levée à 4 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 14 octobre 1885.

Présidence de M. S. Duplay.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. le Dr C. Auffret, médecin en chef de la marine, demandant à être inscrit parmi les candidats à la place de membre correspondant national, avec ses titres à l'appui de cette demande;

3° *Rupture de l'urèthre, uréthrotomie externe, taille hypogastrique, cathétérisme rétrograde*, par le Dr Donart, médecin-major de 2e classe, à Bourges (commission : MM. Tillaux, Périer, Monod, rapporteur);

4° *Ascite consécutive au développement des néoplasmes dans les épiploons*; *ponction par le sac d'une hernie inguinale*, par le Dr Grandmaison (de Néris-les-Bains) (M. Chauvel, rapporteur);

5° *Déchirure du col*; *opération d'Emmet*; *guérison*, par le Dr Houzet (de Boulogne-sur-Mer) (M. Périer, rapporteur);

6° *Traitement prophylactique et curatif du choléra asiatique*, par le Dr Duboué (de Pau).

Rapport.

Sur plusieurs observations adressées à la Société de chirurgie par le Dr Bruch, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Alger,

Par M. Le Dentu.

Le Dr Bruch, au nom de qui j'ai offert à la Société de chirurgie un certain nombre de publications, est chargé d'un important service à l'hôpital civil de Mustapha. Il a eu la bonne idée de placer en tête de plusieurs observations intéressantes qu'il vous a adressées il y a quelques semaines la statistique complète de tous les cas qui lui sont passés sous les yeux pendant l'année scolaire 1883-1884. Un résumé de cette statistique, dont les éléments sont disposés par périodes mensuelles et par dates correspondant aux jours des entrées de malades ou des opérations, vous permettra de juger à quel degré d'activité est parvenue la chirurgie hospitalière dans la capitale de notre belle colonie africaine.

Le nombre des malades observés a été de 313, partagés en 200 hommes et 113 femmes. Le chiffre de la mortalité, sur l'ensemble, est de 13, soit une proportion de 4.16 0/0 sur le service pris en bloc.

Sur ces 313 malades, 113 ont eu à subir des opérations graves, sérieuses ou de quelque importance, 76 avec anesthésie chloroformique. Je laisse de côté bon nombre de petites opérations pratiquées à la consultation de l'hôpital par le chef de service ou par ses élèves.

Les opérations se décomposent de la manière suivante ·

11 amputations :

Des phalanges, 2;
Des doigts et des orteils, 5;
De jambe, 3;
De cuisse, 1.

2 désarticulations :

D'un orteil, 1;
De l'épaule, 1.

2 résections :

Du coude, 1;
Du maxillaire supérieur, 1.

Maladies des articulations : 1 hydarthrose traitée par la ponction et l'injection.
Grattages d'abcès : 5.
Uréthrotomies internes : 5.
Lithotrities : 3.
Taille périnéale : 1.
Rectotomie : 1.
Hémorrhoïdes : 3.
Hernie étranglée; kélotomie : 1.
Hydrocèles vaginales : 2.
Kystes de l'ovaire :

2 ponctions ;
1 ovariotomie.

Trachéotomie pour cancer du larynx : 1, mort une semaine après (adulte).
Anthrax : 1.
Fistules à l'anus : 3.
Tumeurs diverses :

Kyste dermoïde du sourcil, 1.
Kyste sébacé des paupières, 1.
Kyste gélatineux du bras, 1.
Lipome, 1.
Tumeurs du sein, 4.
Tumeur cancéreuse de la jambe, 1.

Maladies des yeux :

Pupilles artificielles, 5.
Cataractes : 6, dont une opérée par le Dr Notta.
Opérations sur les paupières et les cils : 27.
Staphylomes : 3.
Opérations sur l'appareil lacrymal : 5.
Pannus : 3.
Énucléations de l'œil : 2.

Sur ce grand nombre d'opérations, il n'y a à relever que 6 morts :

une à la suite d'une amputation de la jambe chez un diabétique; une trois mois après une résection du coude, par méningite tuberculeuse; une deux mois après une résection du maxillaire supérieur, par repullulation du néoplasme; une à la suite d'une rectotomie pour cancer du rectum; enfin deux autres opérés, l'un de kélotomie, l'autre de trachéotomie, ont succombé. Dans tous les autres cas, l'intervention a été couronnée d'un succès complet, résultat qu'il ne faut pas seulement attribuer au milieu où opère M. Bruch, mais aussi au soin qu'il porte à appliquer les préceptes de la chirurgie antiseptique. L'iodoforme à l'état de poudre ou mêlé à la glycérine et au collodion a les préférences de M. Bruch, et en cela il suit les errements qui ont donné d'innombrables succès à la plupart des chirurgiens de l'Europe. Cette statistique, dont je ne puis vous présenter qu'un très court résumé, sert de préambule à un certain nombre d'observations plus particulièrement dignes d'être mises en relief. En voici les titres :

I. Gangrène diabétique du pied; amputation sus-malléolaire; mort.

II. Gangrène spontanée; amputation de jambe suivie bientôt d'une amputation de cuisse; guérison.

III. Écrasement du bras et de la jambe du même côté ; désarticulation de l'épaule et amputation de la jambe; guérison.

IV. Coxalgie suppurée; résection de la hanche; guérison.

V. Tumeur blanche suppurée du coude ; résection sous-périostée; mort trois mois après de méningite tuberculeuse.

VI. Hernie congénitale étranglée, compliquée d'ectopie testiculaire; kélotomie; mort.

VII. Kyste de l'ovaire; ovariotomie; guérison.

VIII. Calcul vésico-prostatique; taille périnéale; guérison.

IX. Métrite aiguë parenchymateuse; guérison.

X. Blessure rare de la face (avec planches); guérison.

XI. Papillo-adénome de la voûte palatine; guérison.

XII. Bec-de-lièvre commissural; guérison.

XIII. Un groupe d'observations de tumeurs du sein, dont une chez l'homme.

XIV. Un groupe d'observations de cataractes opérées avec des succès divers.

Vous me permettrez de ne vous parler aujourd'hui que de quelques-uns de ces faits et de réserver les autres pour un examen ultérieur.

Je commencerai par l'observation III :

Écrasement du bras et de la jambe. — Désarticulation de l'épaule et amputation de la jambe. — Guérison.

Ici, en présence de lésions graves causées par le passage d'une roue de voiture, M. Bruch n'a pas eu à hésiter entre l'intervention immédiate et la conservation ; la première s'imposait.

Ce qui donne de l'intérêt au fait, c'est un double traumatisme opératoire subi à un jour d'intervalle, et sans issue fatale, par un homme de 65 ans ; c'est la guérison très rapide des deux plaies d'amputation, de la désarticulation en dix jours, de l'amputation en un peu plus de temps, mais encore dans l'espace de quelques jours, et cela malgré une attrition du membre inférieur remontant presque jusqu'au point où l'amputation circulaire a été faite (lieu d'élection), et malgré un emphysème sous-cutané qui, dès le lendemain de l'accident, atteignait le haut de la cuisse.

Ce n'est pas cette dernière circonstance qui a déterminé M. Bruch à sacrifier le membre. L'événement a d'ailleurs prouvé qu'il ne s'agissait pas d'un de ces graves emphysèmes qui précèdent ou accompagnent les septicémies gangreneuses et dont la fatalité ordinaire avait impressionné l'esprit de Velpeau au point de l'amener à confondre toutes les formes de cette complication des grands traumatismes. Le malade de M. Bruch présentait un de ces emphysèmes relativement bénins ou tout à fait inoffensifs qui se développent même dans les fractures simples, dont on doit la connaissance particulièrement aux travaux de Martin (de Bazas), de Bureau, de Morel-Lavallée, de Dolbeau, de Demarquay et Leconte, et dont pour ma part j'ai déjà observé plusieurs cas, tous terminés par une guérison rapide.

Le revirement qui s'est opéré dans les esprits relativement au pronostic de cette complication des traumatismes avec ou sans plaie extérieure, avec ou sans fracture, est actuellement si complet que je considère comme presque superflu de vous rappeler l'intéressante discussion soulevée au sein de cette Société en 1863 par une communication de Broca. De tous les discours prononcés à cette occasion et qui ont porté la lumière dans cette question encore obscure, je ne retiendrai qu'une phrase, une phrase de Velpeau lui-même, qui renferme une rétraction complète de l'opinion trop absolue émise quelques années auparavant : « Quant à la gravité résultant de cette complication, dit-il, je crois qu'elle n'est pas aussi grande que je l'avais cru auparavant... La gravité dépend bien plutôt de la blessure elle-même que de l'emphysème qui vient la compliquer. »

L'emphysème n'est plus donc à lui seul une indication à l'amputation hâtive. En dehors des particularités de la fracture, il faut, en

outre, pour imposer une aussi grave décision, certaines circonstances, telles que l'attrition, les vastes épanchements, les décollements partout où l'on constate l'existence des gaz, le développement de ces derniers quelques heures seulement après l'accident, et non immédiatement après, la teinte livide ou d'un blanc mat de la peau, son insensibilité commençante ou confirmée, enfin un état général inquiétant par la stupeur ou seulement par la dépression des sujets.

Tant que ces différents signes n'ont pas apparu, l'intervention n'est pas suffisamment justifiée ; l'attitude du chirurgien ne peut être que l'expectation attentive aux moindres incidents dont la région lésée est le siège.

M. Bruch ne s'est pas mépris sur la véritable valeur de cet emphysème, qui *remontait, sur son blessé, jusqu'au haut de la cuisse*. Ce qui le prouve bien, c'est qu'il a amputé en plein dans les tissus infiltrés de gaz, au-dessous du genou, et que le sujet a pu supporter en deux jours deux opérations telles que la désarticulation de l'épaule et l'amputation de la jambe ; c'est aussi que la guérison, rapide d'un côté et de l'autre, n'a été un peu entravée à la jambe que par l'apparition d'une petite plaque de sphacèle en avant de la section du tibia.

Je passe à deux autres observations qu'il est intéressant de rapprocher. La première est intitulée : *Gangrène diabétique du pied gauche. Amputation. Mort;* la seconde : *Gangrène spontanée. Amputation de la jambe gauche suivie de l'amputation de la cuisse du même côté. Guérison.*

Les deux sujets sont des paludiques ; tous deux présentent les lésions de la dégénérescence athéromateuse des artères. Le premier urine du sucre en quantité notable depuis longtemps, et chez lui la gangrène a été provoquée par un léger traumatisme ; elle est presque spontanée. Chez le second, dont l'urine est normale, elle est tout à fait spontanée. Entre eux deux, il y a donc des points de contact et des oppositions qui valent une analyse quelque peu détaillée.

Observation I. — Premier sujet : 66 ans, fièvres intermittentes à type tierce en 1846. Dès 1867, le diabète est constaté. Il entre en octobre 1883 à l'hôpital de Mustapha, dans le service du Dr Sézary. Le traitement reste sans résultat.

Le 1er décembre, il laisse tomber son rasoir et se blesse le gros orteil du pied gauche. Une gangrène d'abord limitée envahit la plaie, le premier et le second orteil, une partie du pied. Il y a 34 grammes de glycose par litre d'urine.

Du 20 décembre au 12 janvier, M. Bruch traite l'état général et attend l'arrêt de la gangrène. Malgré tout, l'urine contient encore 36gr,20 par litre.

A cette dernière date (12 janvier), M. Bruch, après avoir pris l'avis du Dr Notta (de Lisieux), cède aux instances du malade, et fait l'amputation sus-malléolaire par le procédé de M. Guyon.

L'antisepsie est rigoureuse; le pansement de Lister, sutures comprises, exécuté avec soin. Deux jours après, un certain degré d'intoxication phéniquée vient compliquer cet état déjà bien complexe. En revanche, la quantité de sucre tombe à 11gr,15 par litre, mais pour remonter à 38 grammes le lendemain, en même temps que l'urine cesse d'être noire.

On constate alors de la prostration, même de la stupeur.

La veille, le thermomètre marquait 39°,1 et 39°,4; il redescend à 37°,8 et 38°,7 le 15 janvier. L'urine reprend sa couleur normale. Le 16, la dépression se transforme en coma. L'urine est noire comme de l'encre; elle contient 12gr,50 de sucre.

Mort à 11 heures du soir.

Si j'ai rappelé avec quelque complaisance les principales particularités de cette observation, c'est que la question de l'influence des traumatismes sur les états constitutionnels et les dyscrasies, traitées avec beaucoup d'ampleur ici même, en 1883 et 1884, dans une série de discussions qui feront date, ne peut que gagner en clarté par la publication de faits nouveaux aussi nombreux que possible.

Vous êtes restés sur l'impression favorable causée par les observations de M. Richelot et de M. Demmler, qui prouvent que si, en général, les diabétiques supportent mal les opérations, il en est qui opposent à leur influence souvent néfaste une résistance inattendue. N'est-ce pas chose extraordinaire que la double amputation de jambe subie par le malade de M. Demmler pour une double gangrène diabétique ait été couronnée de succès? Quoique chez lui la quantité de glycose ne dépassât guère 8 à 11 grammes par litre d'urine, étant donné l'ensemble des conditions dans lesquelles il a été opéré, sa guérison est faite pour surprendre bien plutôt que la mort du malade de M. Bruch.

Ce dernier, en effet, était arrivé à un état de maigreur et de faiblesse que le traitement général le plus sérieux n'avait pu modifier. La polydipsie, la polyurie, une rétinite bien caractérisée, tout indiquait chez lui une atteinte profonde; il présentait en outre des lésions athéromateuses des artères, et pour comble de malechance, à deux reprises des urines noires révélèrent chez lui un certain degré d'intoxication par l'acide phénique, si bien qu'on est en

droit de se demander si l'apparition de la gangrène ne peut pas être attribuée un peu au paludisme ancien et à l'état athéromateux, en même temps qu'au diabète, dont le rôle étiologique ne me paraît pourtant pas discutable dans l'espèce.

La complexité du cas en rend l'interprétation plus difficile. Elle rend aussi moins simple la réponse à la question que M. Bruch se pose à lui-même, à savoir : s'il a eu tort d'opérer?

En matière d'amputation dans les cas de gangrène, on sait combien l'accord est impossible entre les chirurgiens. En dépit du précepte d'abstention prêché jadis par les auteurs du *Compendium* de chirurgie, pour réagir contre la tendance générale de leur époque, en dépit des réserves formulées par M. Verneuil et de la proscription absolue de toute amputation dont Demarquay avait fait la règle de sa conduite, l'intervention s'est montrée favorable dans un certain nombre de gangrènes spontanées, diabétiques ou non diabétiques. Il n'en a pas fallu davantage pour tout remettre en question et pour démontrer qu'un absolutisme trop rigoureux n'était pas acceptable. Du moins une notion précise s'est dégagée de cette longue série de travaux dont les racines plongent dans le passé de la chirurgie française, c'est l'aggravation du pronostic chez les diabétiques, c'est d'une façon générale le danger des interventions opératoires quelconques, lorsque chez eux la gangrène est franche et exempte de toute combinaison avec le phlegmon diffus : deux cas particuliers qui, à mon sens, comportent des indications différentes et ne peuvent être envisagés d'un même œil (ceci soit dit en passant).

Obs. II. — L'intervention de M. Bruch a été plus heureuse sur son second malade, un cultivateur espagnol, d'une complexion robuste, d'un tempérament nerveux, âgé de 53 ans.

Notons encore en passant que depuis dix ans il a des fièvres paludéennes et des rhumatismes. Déjà il a subi l'amputation d'un gros orteil pour une gangrène spontanée. Le gauche se prend à son tour quelque temps après, puis le reste du pied jusqu'au tarse inclusivement.

M. Bruch ampute la jambe au lieu d'élection, par le procédé à lambeau postérieur. La gangrène du lambeau l'oblige à pratiquer une deuxième amputation au tiers inférieur de la cuisse. Celle-ci est suivie d'une guérison rapide en neuf jours.

Toutes les artères du membre étaient athéromateuses.

Ici pas de diabète ; mais l'influence du paludisme pouvait peut-être trouver place dans l'étiologie à côté des lésions artérielles, si discutable qu'elle puisse encore paraître à certains égards dans

quelques-unes des observations du remarquable travail de MM. Verneuil et Petit.

En tout cas, la coïncidence vaut la peine d'être signalée, plus encore dans ce cas, où la maladie s'est montrée tenace, que dans le premier, où elle semble avoir été passagère.

Voici maintenant deux *résections* : l'une du coude, l'autre de la hanche.

Observation I. — Le sujet de la première a 15 ans. Une fistule persistante à la fesse droite, consécutive à un abcès froid, des bronchites ou des rhumes fréquents, des antécédents de famille font craindre qu'il ne soit sous la menace d'accidents tuberculeux pulmonaires ou localisés ailleurs qu'au coude. Néanmoins, les conditions de l'arthrite développée dans cette région légitiment la résection que M. Bruch pratiqua le 6 mars 1884, en présence du Dr Notta (de Lisieux), par le procédé de M. Ollier et avec une antisepsie rigoureuse.

La réunion immédiate manque, mais le 10 mai la cicatrisation est complète, sauf quelques petits bourgeons charnus qu'on réprime par le nitrate d'argent.

Le 14 mai, un peu plus de deux mois après la résection, l'enfant est pris de méningite tuberculeuse et meurt bientôt. A l'autopsie, on trouve, outre les granulations des méninges, des tubercules crus dans les poumons et un point de carie de l'os iliaque.

A ce propos, M. Bruch se demande si l'amputation n'eût pas été préférable. Je répondrai : Oui, d'une manière générale une opération radicale est préférable chez un tuberculeux à une opération dont le succès exige un processus de réparation d'une plus grande énergie et d'une plus grande durée ; mais dans le cas présent l'amputation n'eût pas prévenu davantage la complication méningitique, attendu que les foyers de tuberculose existaient déjà dans l'os iliaque et dans les deux poumons. En admettant, ce qui est encore loin d'être bien démontré à mon avis, que la *métastase* des anciens auteurs, ou que la généralisation des lésions tuberculeuses soit due, toujours ou ordinairement, à la migration des bacilles d'un foyer primitif vers d'autres points de l'économie, par l'amputation ou par la résection M. Bruch fût intervenu trop tard pour conjurer l'accident terminal.

D'ailleurs la méningite suit souvent de si près la suppression du foyer primitif que, pour un certain nombre de cas je persiste à croire à l'influence fâcheuse de cette suppression, indépendamment de toute inoculation de la plaie pendant le cours de l'opération ;

mais, je me hâte de l'ajouter, afin que nul ne se méprenne sur la portée de cette déclaration, comme les circonstances où cette fâcheuse influence se manifeste restent exceptionnelles, *je pense que la crainte de la méningite ne doit occuper qu'une place très restreinte dans les contre-indications opératoires.*

Cependant, lorsqu'il s'agit d'un enfant dont les parents ont dans leurs antécédents des accidents tuberculeux certains et graves, il me paraît impossible de ne pas faire à cette considération une part plus large.

C'est sous le coup d'une appréhension de cette sorte que nous décidâmes, M. Bruch et moi, la résection de la hanche chez la petite malade dont suit l'histoire :

Obs. II. — Liza K..., âgée de moins de six ans, née d'un père qui présente un type complet de tuberculeux à peu près guéri après des accidents datant de quinze ans, et d'une mère dont un des poumons est suspect depuis bien longtemps, a été examinée à Paris par M. Verneuil. Elle nous arrive avec une consultation ainsi formulée : « Si l'abcès de la région trochantérienne menace de s'ulcérer, pratiquer l'incision et le grattage.

« Si l'on reconnaît des lésions graves du côté de la tête du fémur, faire la résection. »

Le 22 décembre 1883, la peau commençant à s'amincir, M. Bruch ouvre le foyer, et comme pendant la chloroformisation nous avions senti de gros craquements articulaires, et que d'abondantes fongosités enveloppaient la tête du fémur, nous tombons d'accord sur la nécessité de la résection immédiate.

Le grand trochanter fut jugé assez sain pour être laissé en place. La section ne porta que sur la tête et le col.

Les incisions du foyer principal et de l'abcès furent maintenues largement ouvertes ; des drains plongeants pénètrèrent dans les principales anfractuosités. Loin de rechercher la réunion rapide, nous voulions l'éviter, obéissant ainsi à une idée que certains pourront trouver démodée, mais qui a servi de ligne de conduite à M. Jules Bœckel dans la plupart de ses nombreuses résections..

Comme pansement, la gaze iodoformée et l'iodoforme en poudre et l'occlusion par l'ouate et les bandes de mousseline, le tout renouvelé seulement tous les quatre à cinq jours. Comme appareil une attelle en T d'abord, puis la gouttière de Bonnet au bout d'un certain temps. L'extension continue réveillait la suppuration et dut être supprimée ; mais une très légère traction fut bien tolérée pendant tout le traitement.

Au bout de trois mois, la plaie de résection était fermée, mais

des ganglions inguinaux, dont je n'ai pas parlé, suppuraient encore un peu.

Un séjour à Strasbourg pendant l'été, des bains d'eaux-mères de Kreuznach consolident la guérison. Celle-ci s'est maintenue très franche jusqu'à ce jour, et aucun accident nouveau de siège différent ne s'est montré ; mais l'enfant a perdu son père et sa mère. J'ignore quelle a été chez eux la cause de la mort. Il serait intéressant de savoir si c'est la tuberculose.

M. Bruch se félicite d'autant plus de son succès que trois ans auparavant il avait vu mourir un jeune garçon de méningite tuberculeuse à la suite d'une résection de la hanche, et cela deux mois après l'opération.

Il y a dans l'observation de M. Bruch une petite lacune facilement réparable. Il serait bon de savoir quel est le degré de raccourcissement du membre et si son attitude est restée bonne.

Je m'arrête, messieurs, me réservant de vous rendre compte dans un second rapport des autres observations dont je suis actuellement dépositaire.

J'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer aux archives la statistique de M. Bruch, les observations n° 2 (écrasement du bras et de la jambe), n° 3 (gangrène spontanée symétrique), n° 4 (résection du coude) ;

2° D'insérer dans nos *Bulletins* les observations n° 1 (gangrène diabétique du pied gauche) et n° 4 (résection de la hanche) ;

3° D'inscrire M. Bruch sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Observations adressées à la Société de chirurgie par le Dr Bruch, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine d'Alger.

OBSERVATION I. — *Gangrène diabétique du pied gauche. — Amputation (sus-malléolaire elliptique de Guyon). — Mort.*

Duprat (Noël), 66 ans ; entré le 20 décembre 1883 à la clinique. Paludique ; fièvres intermittentes à type tierce en 1846.

En 1867, un médecin a diagnostiqué le diabète sucré.

A séjourné en octobre 1883, salle Broussais, service du professeur Sézary, et présentait les symptômes suivants : polyurie, polydipsie, amaigrissement notable et progressif, affaiblissement de la vue, rétinite glycosurique, etc.

Le 1er décembre, en se rasant, il a laissé tomber le rasoir sur le pied gauche, et s'est fait une blessure au gros orteil ; cette plaie s'est sphacélée, la gangrène a envahi successivement le premier et le

deuxième orteil ; M. Sézary fait évacuer le malade à la clinique, le 30 décembre.

État du malade le jour de son entrée à l'hôpital. — Très amaigri, faible, taciturne, soif, inappétence, mortification complète des premier et second orteils, s'étendant sur la face dorsale du pied, dont le tiers antérieur est rouge, violacé ; la face plantaire commence à être envahie ; sillon éliminateur à la face dorsale, mais pas à la face plantaire. Douleurs violentes. — Urine trouble, dépose au repos ; sucre 34 grammes par litre.

Traitement. — Régime azoté, eau de Vichy, bromure de potassium. Pansement avec poudre de camphre, charbon et quinquina dans l'espoir d'obtenir une gangrène sèche, limitée.

La situation du malade était des plus critiques ; tout contre-indiquait une intervention chirurgicale ; cependant le mal empirait, et le patient réclamait avec insistance une opération. La maladie générale n'avait point cédé au traitement de la salle Broussais, nous ne pouvions espérer être plus heureux que M. Sézary.

Très perplexe, je pris l'avis du D[r] Notta (de Lizieux), qui honorait la clinique de sa présence. Il fut convenu d'attendre.

10 *janvier*. Sucre, 36gr,20 par litre.

12 *janvier*. La mortification envahit presque tout le dos du pied, et progresse à la plante du pied. Je résolus, d'accord avec le D[r] Notta, de céder aux prières du malade, tout en faisant, à lui-même et aux assistants, les réserves les plus sérieuses quant au pronostic. Le même jour, je pratiquai, en présence des D[rs] Notta, Jaquemart, Merz, Caussanelle, etc., l'amputation sus-malléolaire par la méthode elliptique de Guyon.

Précautions antiseptiques rigoureuses. Anesthésie. Pas d'incident à noter pendant l'opération ; sauf celui que la tibiale postérieure est athéromateuse, oblitérée. Drainage. Sutures. Pansement de Lister.

13 *janvier*. Peu de fièvre, sentiment de bien-être, satisfaction morale ; l'affrontement parfait.

14 *janvier*. Intoxication phéniquée, urines d'encre, diminution de la proportion de sucre dans l'urine : 11gr,15 par litre.

T. 39°,1 matin ; 39°,4 soir. Premier pansement ; eau phéniquée à 1 0/0 seulement. Iodoforme.

15 *janvier*. Couleur normale de l'urine ; sucre 38 grammes. T. 37°,8 ; 38°,7. Prostration ; stupeur. Pansement iodoforme.

16 *janvier*. Coma diabétique. Urine couleur d'encre ; sucre 12gr,20. T. 37°,9. Injection d'éther. Champagne frappé. Café. A 11 heures du soir : Mort.

Le dernier jour, les bords de suture se sont désunis.

Réflexions.

Ai-je eu tort d'opérer ?

L'amputation a-t-elle abrégé de beaucoup la vie du malade ?

Une mort prochaine était certaine ; dans ce cas, valait-il mieux s'abstenir, abandonner le malheureux au désespoir et le laisser mourir à petit feu ? ou bien, était-il permis de tenter une chance, si petite qu'elle fût ? Le diabète préexistait au sphacèle, mais celui-ci ne pouvait être séché, il commençait à y avoir une suppuration fétide, le mal était envahissant.

La diathèse était ancienne, et il y avait déchéance organique.

« Le mal était trop grand et trop rapide pour qu'il fût « possible », la propathie constatée, d'ajourner l'opération, de faire disparaître le sucre à l'aide d'un traitement approprié, de mettre en un mot le sujet dans des conditions plus favorables au succès [1]. »

Cependant, j'ai pensé que, dans ce cas, le professeur Verneuil lui-même m'aurait engagé à tenter une opération, toutes réserves expresses faites préalablement ; car, « même dans les conditions les plus défavorables en apparence, chez un homme âgé, alcoolique, paludique, glycosurique, profondément cachectique, l'intervention chirurgicale la plus grave a donné des résultats aussi heureux qu'inattendus [2]. »

J'ai été moins heureux que le chirurgien de l'hôpital de Guelma, dont le malade, « cachectique, il est vrai, était glycosurique seulement depuis que la gangrène était survenue [3]. » Aussi, je reconnais que la contre-indication opératoire la plus grave chez mon malade était la diathèse ancienne. Si je me suis permis de passer outre, ce fut en me rappelant les paroles suivantes de M. Richelot : « Quand il s'agit d'une opération nécessaire, en dépit du mauvais terrain et du pronostic douteux, nous sommes réduits à nous comporter comme si la diathèse n'existait pas [4]. »

Une particularité du cas de cette observation est la diminution de la proportion du sucre au lendemain de l'opération, « par le fait de la suppression du foyer gangreneux », quoique la glycosurie fût ancienne et non pas un épiphénomène produit par la gangrène.

Obs. II. — *Coxalgie suppurée* (enfant de parents tuberculeux). — *Résection de la hanche. — Guérison.* (Opération pratiquée avec M. le Dr Le Dentu.)

Liza K..., née le 31 mars 1878, à Alger, d'apparence délicate ; n'a pas eu de maladie autre que de légers accidents de dentition. Le père est tu-

[1] Verneuil, *Soc. chir.*, séance du 7 mai 1884.
[2] Chauvel, *Bull. Soc. chir.*, 1883, p. 510.
[3] *Bull. Soc. chir.*, août 1883, p. 506.
[4] Richelot, *Bull. Soc. chir.*, juin 1883, p. 378.

berculeux, a été très gravement atteint il y a quinze ans, est resté délicat. La mère a depuis longtemps un sommet de poumon suspect.

En juillet 1881, pendant un séjour en Suisse, L... se plaignit de mal à la jambe droite et refusait de marcher. Après trois jours de repos, l'enfant se remit à courir.

En novembre 1882, L... se plaignait souvent « d'être fatiguée ».

En décembre 1882, légère boiterie quand elle était fatiguée ; se plaignait souvent de « mal au ventre », jamais de mal au genou ni de la hanche.

21 *décembre*. Premier examen, très légère déviation du bassin ; appareil inamovible silicaté ouaté avec attelles parallèles et en spirale. (Application sans chloroforme.)

18 *janvier*. L'appareil silicaté est remplacé par le tuteur en fer anglais. Les souffrances augmentent ; l'enfant se plaint jour et nuit.

6 *février*. Examen au chloroforme ; réapplication de l'appareil ouaté silicaté, avec anesthésie. (La déviation est plus accentuée, allongement apparent ; redressement facile et immédiat sous l'influence du chloroforme.)

12 *mars*. Chloroforme, réapplication de l'appareil. (Le précédent était sali.)

24 *mai*. Tuméfaction du genou, menace de tumeur blanche.

30 *mai*. Anesthésie ; cautérisation transcurrente, au thermo-cautère, sur la cuisse (hanche) et sur le genou.

En juin. Forte coqueluche (durée un mois). L'enfant perd l'appétit et s'affaiblit.

31 *juillet*. Appareil fendu, facile à enlever.

Bains de Pennès (*juillet, août et septembre*). Les douleurs ont presque disparu, ainsi que la tuméfaction de la hanche et du genou ; les mouvements ne sont pas douloureux ; j'engage à faire marcher l'enfant avec des béquilles. Mais ni les parents ni l'enfant ne peuvent se résigner à l'usage des béquilles ; l'enfant, pour ne pas s'en servir, prétend qu'elles lui font mal. On lui fait faire quelques pas en la soutenant ; elle reste debout sur la jambe saine, appuyée aux meubles, etc., etc.

19 *septembre*. Recrudescence, réapplication d'appareil ouaté silicaté, par le docteur-professeur Stephan (je suis absent).

20 *octobre*. J'ouvre l'appareil et constate la fluctuation au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Ganglions de l'aine engorgés, douloureux.

Il engage les parents à consulter, en France, à Paris ou à Strasbourg (la patrie des parents) ; je le fais parce que les parents reculent devant l'idée d'une ponction et sont épouvantés quand je parle de l'éventualité d'une opération plus grave.

11 *novembre*. Consultation à Paris de MM. les professeurs Verneuil et Lannelongue, qui conseillent le retour à Alger, pour y faire faire une ponction et plus tard la résection si elle devient inévitable.

24 *novembre*. Consultation, à Alger, avec M. le docteur Le Dentu. Ponction. Appareil.

22 *décembre*. Consultation avec le docteur Le Dentu ; anesthésie ;

exploration avec le doigt par une ouverture faite au bistouri ; la tête du fémur est à nu, rugueuse, baignant dans le pus.

La cavité cotyloïde, dénudée sur un point, paraît être d'ailleurs en bon état. Les ganglions inguinaux suppurent. L'enfant s'affaiblit progressivement, inappétence complète.

Résection de la tête du fémur ; incisions d'Ollier ; ablation avec des cisailles de la tête fémorale en entier, la section porte sur le col ; le trochanter est sain et peut être conservé. La tête est complètement nécrosée. Cette opération est pratiquée avec l'assistance très obligeante de M. Le Dentu et suivant ses conseils. L'opération en elle-même ne présente aucun incident particulier à signaler ; elle se passe régulièrement. Deux forts drains dans la plaie ; une contre-ouverture sous la cuisse, vers le creux poplité, un drain ordinaire (pas gros) par cette contre-ouverture. Lister. Gouttière. Suites bénignes. Le thermomètre ne monte jamais au-dessus de 38 degrés. Ecoulement de pus abondant.

Attelles de fil de fer et ouate et bandage roulé.

Les jours suivants attelles en T, treillis de fil de fer.

Traction légère.

Pansements à l'iodoforme.

M. Le Dentu revoit l'enfant quelquefois. Vers la fin de mars, la suppuration tarit à la plaie; les ganglions de l'aine continuent à suppurer un peu. L'état général s'améliore rapidement, l'appétit revient avec la gaieté ; l'enfant ne souffre plus.

Avril et mai. Convalescence franche et rapide ; suppuration tarie ; mouvements sans douleur ; toujours immobilité et traction légère dans une gouttière.

Avant son départ, M. Le Dentu conseille un séjour dans le nord pour la saison d'été, soit au bord de l'Océan, soit à Kreutznach.

Du 24 juin 1884 au 20 septembre, séjour à Strasbourg; bains avec deux litres d'eaux-mères de Kreutznach (4 bains par semaine), conseillés par le docteur Eugène Bœckel.

La suppuration, surtout celle de l'aine, reparaît momentanément; puis l'engorgement inguinal disparaît à peu près.

Retour à Alger fin septembre. L'enfant commence à circuler avec des béquilles ; le 20 octobre elle marche seule et aisément avec des béquilles, elle joue, est très gaie; appétit, entrain. Les cicatrices sont solides et sèches; le genou est normal; le membre opéré, notablement raccourci, a repris les dimensions normales en épaisseur, et ressemble sous ce rapport au membre du côté opposé ; au lit, l'enfant s'amuse à mouvoir ce membre opéré en tous sens.

Cette observation trouve son intérêt en ce sens que la résection de la hanche pour coxalgie suppurée chez une enfant délicate, née de parents tuberculeux, n'a pas réveillé de propathie... Il est vrai que jusqu'à l'apparition de la maladie l'enfant n'avait présenté aucun symptôme se rapportant à la tuberculose, mais il en est ainsi, bien souvent, chez de jeunes enfants de tuberculeux;

d'autre part, la petite Liza a toujours eu les attributs du lymphatisme. Aujourd'hui, 15 novembre, c'est-à-dire onze mois après l'opération, l'enfant, très bien portante, semble être à l'abri de la méningite tuberculeuse, qui emporte si souvent les jeunes sujets tuberculeux ou soupçonnés de tuberculose un, deux ou trois mois après la résection de la hanche pour arthrite suppurée.

Dans le cas de la petite L... K..., et sur le conseil du docteur Le Dentu, nous avons laissé les drains plongeant dans l'articulation pendant plusieurs semaines ; je ne les ai retirés que graduellement et l'un après l'autre. Le but de cette pratique est facile à comprendre ; nous tenions à conserver cette soupape le plus longtemps possible.

Comme toujours, je n'ai eu qu'à me louer des pansements à l'iodoforme.

Nous avons traité avec beaucoup de succès les eschares au sacrum par la bouillie de glycérine et d'iodoforme ; je crois réellement que c'est là le meilleur traitement de cet accident, qui peut causer de si terribles tortures aux malades.

Les conclusions proposées par le rapporteur, à savoir :

1° Déposer aux archives une partie du travail de M. Bruch et insérer dans les *Bulletins* quelques-unes de ses observations ;

2° D'inscrire le nom de l'auteur sur la prochaine liste de candidats au titre de membre correspondant,

Sont adoptées.

Discussion.

M. Verneuil. Le rapport que M. Le Dentu vient de nous faire à propos du travail si intéressant de M. Bruch confirme l'opinion que j'ai soutenue en même temps que M. Petit, à propos de l'influence du paludisme sur la gangrène, opinion qui est la suivante : Le paludisme est une circonstance qui prédispose à la gangrène, lorsque les malades qui y ont été sujets ont une lésion locale ou lorsqu'ils sont dyscrasiques.

En ce qui concerne les opérations sur les diabétiques, je crois qu'elles peuvent être faites dans certains cas déterminés, le chirurgien étant prévenu cependant de la gravité exceptionnelle de l'intervention.

La manière d'opérer peut atténuer, dans une large mesure, le pronostic opératoire. Chacun de nous sait que chez les diabétiques, les incisions, les débridements au thermocautère sont bien moins dangereux que lorsqu'ils sont faits au bistouri, surtout si l'opéra-

tion est suivie de pulvérisation phéniquée à la surface de la plaie. Dans ces conditions, la réunion immédiate donne de très mauvais résultats. J'ai pratiqué trois amputations avec le thermocautère, méthode que je suis loin de préconiser d'une façon générale, mais si j'étais obligé d'amputer d'urgence un diabétique, je le ferais avec le thermocautère. Il va sans dire que je ne donne cette méthode qu'à titre purement exceptionnel.

Lorsque j'ai parlé, dans la discussion à laquelle M. Le Dentu vient de faire allusion, des méningites provoquées par les résections de la hanche, cette opinion a été accueillie avec quelques sourires ; mais, depuis, elle a fait son chemin. Des observations de Kœnig, d'Albert (de Vienne), sont venues confirmer cette manière de voir à l'appui de laquelle vient s'ajouter aujourd'hui l'observation de M. Bruch. Quant au mécanisme suivant lequel se produisent ces méningites, j'avoue que je serais embarrassé pour l'indiquer. S'agit-il d'une auto-inoculation provoquée par le traumatisme, s'agit-il de l'aggravation que le traumatisme donne à la propathie? Je ne saurais le dire.

M. Després. Y a-t-il ici une relation intime entre la gangrène et le paludisme? C'est là une question que je ne veux pas examiner, car il faut un nombre d'observations beaucoup plus grand pour poser des conclusions ; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que les deux observations de M. Le Dentu ne sauraient être invoquées par ceux qui soutiennent que cette relation existe. Dans les deux cas, en effet, l'étude des malades a montré qu'ils présentaient des altérations (diabète et athérome) qui suffisent à elles seules à expliquer la gangrène.

M. Le Dentu. Si j'ai signalé l'existence du paludisme chez les deux malades atteints de gangrène dont il est question dans mon travail, c'est parce que la question du rapport des gangrènes et du paludisme est à l'ordre du jour, traitée à Paris par M. Verneuil, à Lyon par M. Tessier et ses élèves. Il y a lieu, par conséquent, de tenir grand compte et avec impartialité de tous les faits où la coïncidence est signalée. Je n'ai pas dit que le paludisme était sûrement la cause de ces gangrènes, car je reconnais avec M. Després qu'à côté du paludisme il y avait d'autres circonstances capables de les expliquer, et ma conviction n'est pas assez faite à ce sujet.

La coïncidence d'une méningite et d'une résection de hanche m'a paru plus intéressante que celle dont parle M. Després, parce que, dans la discussion relative à l'influence des traumatismes sur les états constitutionnels, quelques chirurgiens, M. Trélat entre

autres, ont semblé nier l'existence d'une pareille complication et l'attribuent à une simple coïncidence.

J'ai vu pour ma part à diverses reprises la méningite ou des accidents pulmonaires graves, telle que la granulie aiguë, suivant de si près l'opération qu'il y a pour moi plus qu'une coïncidence, mais bien une véritable corrélation. J'ai observé trois fois la méningite après l'intervention chirurgicale. Je me souviens d'une malade du service de Laugier atteinte de coxalgie commençante traitée et guérie d'une façon presque inespérée par un vésicatoire : huit jours après ce rétablissement complet survint une méningite tuberculeuse qui entraîna la mort ; de même pour un autre enfant auquel je fis une résection du genou qui était bien guérie, quand survint chez lui la même redoutable complication.

M. Richelot. J'ai opéré récemment un homme robuste, bien portant d'apparence, qui avait une synovite fongueuse du poignet de peu d'importance sans aucune autre localisation tuberculeuse, il y eut réunion par première intention ; mais dès le lendemain de l'opération le malade présentait les premiers symptômes d'une tuberculisation aiguë généralisée et succombait quelque temps après. C'est là un fait qui a une grande importance au point de vue de la doctrine soutenue par M. Verneuil.

M. Trélat. Il ne faut pas me prêter une opinion qui est loin d'être la mienne. Je n'ai jamais invoqué la simple coïncidence dans les cas dont il est question : j'ai dit au contraire que chez les malades en puissance de tuberculose l'intervention était délicate, périlleuse, et que par conséquent quand on touche à un malade tuberculeux on doit savoir d'avance qu'on a affaire à un malade dangereux : il faut donc être défiant, en pareil cas, et apprécier d'une façon rigoureuse la situation, parce qu'il peut vous arriver des accidents avec beaucoup plus de facilité. J'ai ajouté, toutefois, que cette opinion ne devait pas nous lier les mains et exclure toute intervention chez ces malades, parce que nous savons, par expérience, que, dans nombre de ces cas, les opérations ont rendu de grands services. C'est là une question de tact et de mesure.

M. Le Dentu. J'ai été, je le reconnais, trop affirmatif en ce qui concerne l'opinion que j'ai prêtée à M. Trélat; cependant je crois être dans une juste limite en disant qu'il ne va pas jusqu'à dire que le traumatisme seul peut être la cause provocatrice des accidents.

M. Trélat. Non, parce qu'il y a souvent des accidents secondaires qui ne paraissent pas suivre immédiatement l'opération.

Lecture.

M. le Dr Guerlain (de Boulogne-sur-Mer) lit une observation intitulée : *Brûlure étendue, adhérence entre le bras et le thorax; opération.*

(Commission : MM. Delens, Sée, Nepveu, rapporteur.)

Communication.

M. Verneuil fait une communication ayant pour titre : *Essai sur la pathogénie des érysipèles à répétition.*

Dans un petit travail lu à la Société de chirurgie en février, et intitulé: *De l'influence des érysipèles antérieurs sur le traumatisme*[1], je me demandais si un premier érysipèle, traumatique ou non, créant une sorte de dyscrasie ou de diathèse, aurait tendance à reparaître en cas de blessure nouvelle.

Je ne pus résoudre la question à cette époque, mais j'y ai depuis souvent pensé, et cette année, grâce aux loisirs des vacances, j'ai pu rédiger la présente note sur les érysipèles à répétition.

Je poserai d'abord quelques jalons.

Les recherches modernes ont établi que l'érysipèle est de provenance extérieure, de nature parasitaire ou microbique, — que n'étant jamais spontanée, son apparition implique toujours la préexistence de ses germes, — que ceux-ci ne pénètrent dans l'économie qu'à la faveur d'une solution de continuité traumatique ou pathologique, — et qu'enfin, contrairement à ce qu'on observe dans d'autres toxémies, syphilis, variole, fièvre typhoïde, etc., une première infection ne garantit nullement contre des atteintes ultérieures.

Par malheur, en regard de ces notions suffisamment précises sur l'introduction, la propagation, la généralisation et l'action pathogène des germes érysipélateux, il faut enregistrer bien des points obscurs. C'est ainsi que nous ignorons à peu près complètement combien de temps les germes en question séjournent dans l'organisme; — comment ils en sortent et par quelles voies; — si même une fois entrés dans la place ils l'abandonnent complètement — ou s'y installent pour un laps plus ou moins prolongé ou

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. VIII, p. 77.

pour toujours ; — et en ce cas, quelles régions du corps ils occupent; — dans quel état et sous quelle forme ils s'y trouvent ; — quel degré de tolérance ou d'intolérance montrent à leur égard nos tissus et nos organes ; — comment ils se détruisent finalement ; — quels agents cosmiques, hygiéniques ou thérapeutiques favorisent cette destruction, etc., tous points théoriques fort utiles à connaître et dont quelques-uns seraient particulièrement propres à expliquer le retour de la maladie.

D'autre part, la pathologie générale nous apprend qu'un sujet, lorsqu'il est atteint à plusieurs reprises d'une même affection spécifique, peut l'avoir reçue chaque fois du dehors, s'étant exposé itérativement à la contracter. Exemple : l'homme qui, à la suite de coïts impurs, prend à des intervalles variables une série de chancres simples, ou qui s'enrhume du cerveau chaque fois qu'il s'expose à un courant d'air : ou recélant en lui-même d'une manière latente, mais permanente, la cause réelle, congénitale ou acquise, de l'affection susdite, la voit éclater par suite de provocations occasionnelles.

Exemple : l'arthritique qui, à tous les printemps, ou par suite d'un excès, prend un accès d'asthme ou de goutte ; le paludique qui, à chaque fatigue, à chaque ébranlement morbide, voit renaître des accès tierces ou quotidiens; le syphilitique dont la peau ou les muqueuses se couvrent de papules, de plaques, de gommes, à propos d'irritations externes vives ou prolongées.

Avec les données précédentes, nous pouvons aborder les difficultés du sujet ; mais pour ne point nous égarer, nous emprunterons principalement nos arguments à la clinique, en invoquant d'abord les cas les plus simples.

Pour le premier érysipèle, la pathogénie est peu compliquée. Il s'agit en effet de découvrir la provenance des germes d'une part, et, de l'autre, la voie qui leur a livré passage, la graine et le sillon, si l'on veut une formule courte. Un blessé entre à l'hôpital, où l'érysipèle est endémique ; il est atteint de la maladie, rien n'est plus naturel, les microbes flottant dans l'atmosphère ou adhérents aux objets de pansement sont déposés sur la plaie. L'inoculation a lieu, et l'infection s'ensuit.

La contagion est parfois plus malaisée à saisir pour la variété dite médicale. Cependant, quand un individu est pris d'un érysipèle prétendu spontané du visage, on arrive d'ordinaire avec un peu de soin à retrouver dans les parties profondes ou cachées de la face ou du cuir chevelu l'exulcération ou l'écorchure initiales ; puis on découvre que le malade a été en rapport direct ou indirect avec un autre érysipélateux. Au cas même où ce rapport semblerait difficile ou impossible à établir, on est en droit de l'admettre

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 47.11-85. *Le Gérant :* G. MASSON.

aujourd'hui, d'après les lois qui régissent la genèse des maladies infectieuses, leur développement spontané, y compris celui de l'érysipèle, n'étant plus acceptable.

Le premier érysipèle guérit sans laisser de traces. Au bout d'un temps qui varie de quelques semaines à plusieurs années, il se montre de nouveau.

Alors, on doit se demander: s'il existe une relation quelconque entre les deux attaques ; si la seconde, tout à fait indépendante de la première, s'est produite accidentellement par le mécanisme habituel de la contagion du dehors, ou bien si elle résulte d'une disposition de l'organisme devenu plus apte à contracter une fois encore une maladie qu'il a déjà acceptée, en un mot, d'une diathèse dans le sens littéral du mot.

Dans certains cas, il est bien évident que la diathèse n'a pas besoin d'être invoquée ; on a un second érysipèle comme on a eu le premier par l'effet du hasard.

Parce qu'on se casse, en 1885, la jambe droite en tombant de voiture, après s'être cassé la jambe gauche en 1884 en tombant de cheval, on n'invoque pas pour cela une disposition spéciale aux fractures.

De même, lorsqu'un individu réside plusieurs mois dans une salle où l'érysipèle n'est pas rare, qu'il porte une plaie ouverte et que, de temps à autre, cette plaie est le siège de microtraumas, rien de plus naturel que la reproduction de l'érysipèle. J'ai fait publier jadis, par mon élève et ami Pozzi, un cas fort remarquable de ce genre. Un blessé d'une excellente constitution eut à la suite d'une fracture compliquée de la jambe trois érysipèles dans l'espace de 4 mois [1].

De même encore, un individu est opéré à l'hôpital ; il y contracte un érysipèle traumatique, en guérit et quitte l'établissement. Il y revient quelques mois ou quelques années plus tard pour une blessure ou pour subir une nouvelle opération. Les germes érysipélateux existant dans les salles contaminent encore une fois les plaies et font renaître la maladie. Ici, pas plus que dans le cas précédent, la diathèse n'a à intervenir.

C'était bien le cas pour une malade dont j'ai rapporté l'histoire dans ma communication à l'Académie, opérée une première fois d'un adénome sudoripare de la face, et prise d'érysipèle. Deux ans après, elle revient à l'hôpital pour une récidive ; on l'opère de nouveau, le pansement antiseptique est mal fait, le lendemain, un nouvel érysipèle se déclare.

L'explication commence à être moins aisée quand le patient

[1] Voir *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 775.

n'est pas à l'hôpital, car, à chaque attaque nouvelle, il faut trouver une nouvelle source de contagion. Si le sujet réside dans une grande ville où l'érysipèle est endémique, on conçoit à la rigueur qu'il puisse être infecté par son médecin ou son chirurgien, ses parents ou ses voisins, et que se trouvant en rapport médiat ou immédiat avec d'autres érysipélateux, il puisse reprendre à plusieurs reprises la maladie.

Mais la chose devient bien difficile en rase campagne, où l'on observe cependant l'érysipèle à répétition comme dans les grands centres.

Voici en particulier un cas qui m'a fait beaucoup réfléchir.

Une sœur de charité de 45 ans, forte, robuste, herpétique, sujette aux coliques hépatiques et aux éruptions d'eczéma, me fut envoyée en janvier 1884 par mon ami le Dr Pépin (d'Arpajon). Depuis 7 à 8 ans, elle avait eu environ une douzaine d'érysipèles offrant toujours les mêmes caractères. La rougeur, le gonflement et la douleur semblaient partir de la région occipitale, s'étendaient à la nuque et aux oreilles, mais ne gagnaient jamais la face, ni le reste du cuir chevelu. Les ganglions cervicaux se tuméfiaient et devenaient douloureux ; le début était soudain, la réaction générale assez intense ; l'affection durait 4 ou 5 jours et guérissait d'elle-même.

La dernière remontait au mois d'octobre 1883.

Je ne pus avoir de renseignements étiologiques précis ni sur la première attaque ni sur les autres, le mal semblant revenir sans cause apparente. La patiente résidait dans une petite communauté bien tenue et dans un pays salubre, où d'ailleurs l'érysipèle spontané ou traumatique se montrait fort rarement ; elle ne se rappelait pas avoir été en rapport direct avec des érysipélateux. L'infection par l'air d'ailleurs eût semblé bien difficile, car la région affectée était continuellement protégée par la coiffure réglementaire de l'ordre recouvrant la tête et le cou tout entier et ne laissant que la face exposée.

Certes, l'occasion était belle pour admettre la diathèse, car la contagion était en quelque sorte inadmissible. Un supplément d'enquête me conduisit à une autre hypothèse.

Bien que depuis 15 mois il n'y ait eu aucune attaque, je voulus examiner le siège habituel du mal.

En conséquence, je fis ôter le voile, le capuchon et la coiffe; les cheveux étaient courts et assez épais; le cuir chevelu présentait de nombreuses pellicules; les oreilles, aplaties contre les tempes et les apophyses mastoïdes, offraient une peau intacte, mais lisse, amincie, luisante, attestant en quelque sorte les anciennes poussées d'eczéma. On aurait pu croire tout le tégument indemne, mais en

écartant les pavillons auriculaires on découvrait dans le sillon qui les sépare du temporal une gerçure superficielle, linéaire, de 18 à 20 millimètres de longueur sur 2 à peine de largeur, où l'épiderme faisait défaut, ou du moins présentait une extrême minceur. La malade ne savait pas avoir en ce moment une pareille lésion, et en tout cas n'y attachait aucune importance, n'en étant nullement incommodée.

La constatation précédente fut pour moi un trait de lumière. Tout portait à croire que les petites plaies temporo-auriculaires existaient en quelque sorte en permanence. Il suffisait donc, pour qu'elles s'inoculassent, que les germes érysipélateux y fussent déposés et pénétrassent ensuite dans les espaces conjonctifs ou lymphatiques. Mais ces germes pouvant difficilement venir du dehors pour les raisons que j'ai énumérées plus haut, on en venait naturellement à se demander si entre les attaques successives ils ne survivraient pas, séjournant au voisinage, dans le cuir chevelu par exemple, et au milieu des pellicules qu'on trouvait là en très grand nombre.

En résumé, on pouvait ainsi reconstituer cette histoire : première invasion de l'érysipèle par un mécanisme inconnu; depuis, habitation continue du cuir chevelu par le microbe; de temps à autre, à la faveur des solutions de continuité cutanées créées par l'eczéma, le prurit et sans doute les micro-traumas occasionnés par les ongles, inoculations nouvelles et successives.

Si, partant de ce fait et acceptant l'interprétation précédente, on admet comme possible la permanence des germes érysipélateux sur un point de la surface du corps, on expliquera facilement un certain nombre de récidives par le simple fait d'une sorte d'auto-inoculation, sans faire intervenir ni contagion nouvelle venue du dehors, ni dyscrasie, ni diathèse.

Ainsi, dans la note publiée en 1882, se trouve l'observation d'un malade atteint d'abord d'un érysipèle de la face, à qui je dus plusieurs semaines après ouvrir un abcès ganglionnaire du cou, et qui à cette occasion fut pris d'un deuxième érysipèle parti de la plaie opératoire. Je ne suis plus embarrassé comme autrefois pour expliquer cette seconde attaque. Il a suffi simplement que les germes du premier érysipèle logés dans la barbe ou le cuir chevelu aient survécu jusqu'à l'incision de l'adénite cervicale pour s'inoculer à ses bords et reproduire la maladie.

Au lieu de vivre sur des parties saines, les microbes susdits peuvent d'ailleurs, suivant toute probabilité, végéter sur les surfaces granuleuses et dans les sécrétions des plaies. C'est vraisemblablement ce qui est arrivé dans l'observation II du travail précité.

Il s'agissait d'une dame de la ville, atteinte en 1864 d'un érysipèle sur une jambe fracturée en 1862. En 1865, ostéo-arthrite du pied correspondant; abcès, fistule. Je débride celle-ci, et aussitôt éclate un second érysipèle qui disparaît en 15 jours.

Mais l'état local s'aggrave à ce point que je suis forcé de pratiquer la désarticulation du pied, laquelle est suivie trois jours après d'un nouvel et dernier érysipèle.

Si hardie que semble la supposition, je pense que les germes de l'érysipèle de 1864 sont restés sur la jambe jusqu'en 1865, et que, résidant à l'intérieur du trajet fistuleux formé à cette époque et que j'ai débridé en 1866, ils se sont inoculés une première fois en 1865, puis une seconde fois trois jours après la désarticulation du pied.

On pourrait rapprocher de cette observation la note suivante, que je lis dans un recueil étranger [1].

Syphilitique; reçu dans un service de médecine pour un érysipèle. Celui-ci disparut et il se forma à la malléole un abcès qui fut ouvert.

Le 25 mars, le malade passa en chirurgie avec une plaie septique, un gonflement considérable du cou-de-pied, une infiltration dans la gaine du tendon d'Achille.

Rupia au sternum; gomme suppurée de la clavicule droite; plaie à bords lardacés. Malgré des contre-ponctions répétées qui meurtrissent les rugosités de l'os et une désinfection énergique, la plaie ne peut être jamais rendue aseptique. Traitement par les frictions. Iodure de potassium qui n'est pas supporté. Grattage de l'os rugueux avec la cuiller tranchante. Comme on n'obtenait rien, on fit le 13 décembre la résection de l'articulation tibio-tarsienne.

Tout alla bien d'abord, mais le 20, érysipèle à la cuisse; température élevée; collapsus profond. Mort le 8 janvier.

Les germes érysipélateux n'auraient point quitté le patient depuis la première atteinte du printemps jusqu'à l'attaque ultime du mois de décembre.

Il en a été vraisemblablement de même dans un cas que j'ai cité à l'Académie de médecine.

D. R..., atteint de cancer métanique de l'anus, avait été en janvier 1880 pris d'érysipèle grave à la suite d'une opération palliative pratiquée à son domicile. Le 10 mars suivant il entre à la Pitié; le 14, j'enlève avec l'écraseur linéaire deux grosses végétations anales; quelques heures après se déclare un érysipèle soudain. Certainement la contagion pouvait venir de l'hôpital, mais il est au moins

[1] LINDPAINLER, Ergebnisse der Lister'schen Wundbehandlung (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1877, Bd VII, p. 203).

aussi rationnel de penser que le malade avait apporté avec lui à son entrée en mars les germes persistants de l'érysipèle de janvier.

La permanence des microbes dans les plaies rendrait également bien compte de ces trois récidives à courte échéance notées précisément dans cette observation de M. Pozzi que j'invoquais plus haut.

Certes, l'érysipèle étant alors épidémique dans les salles de la Pitié et la jambe présentant des trajets fistuleux, le malade a pu recevoir les germes pathologiques de ses voisins ou de l'atmosphère par contagion hétérochtone; mais l'infection autochtone ou l'auto-inoculation est tout aussi soutenable si les surfaces granuleuses recélaient l'agent spécifique.

Dans le cas suivant, le blessé ayant eu successivement en province 17 érysipèles, fut pris à Paris une dix-huitième fois. Or, comme au moment de cette dernière attaque il occupait en ville un appartement très salubre, était dans des conditions hygiéniques excellentes et n'avait aucun rapport direct ou indirect avec d'autres érysipélateux, il est vraisemblable qu'il avait apporté ses germes de province et ne les a pas reçus à Paris même.

Observation.—M. Ch..., 50 ans, robuste, d'une bonne santé habituelle, mais grand viveur, reçut, le 14 janvier 1881, presque à bout portant, un coup de fusil dans le pied gauche. La charge, composée de 33 ou 34 grains de plomb nº 1, traversa la guêtre, le soulier, et pénétra tout entière dans la région tarsienne, après avoir brisé la malléole externe et ouvert l'articulation du cou-de-pied. On pratiqua quelques heures après l'extraction de nombreuses esquilles et d'une grande partie des grains de plomb ; pansements phéniqués, drainage, injection, etc. Néanmoins il se développa dans les articulations du pied et le long des gaines tendineuses de la jambe une inflammation grave qui dura plus de quatre mois. Lorsqu'elle céda enfin, il restait quatre trajets fistuleux pénétrant profondément dans les parties molles ou dures ; trois de ces trajets siégeaient au bord interne du pied, entre la malléole et la ligne tarso-métatarsienne, l'autre au niveau de l'extrémité inférieure de la malléole externe.

De temps en temps les fistules se fermaient, mais alors apparaissait un abcès déterminé par la rétention du pus ; des cataplasmes amenaient la réouverture de la fistule, l'issue du pus et la cessation des accidents.

Dans cette période de quatre ans, M. Ch... contracta, outre les accès de rétention et sans relation ni coïncidence avec eux, dix-sept érysipèles ; le premier eut lieu en juin 1881, les autres à époques irrégulières et sans cause appréciable, quelques-uns ont paru manifestement succéder à l'impression du froid et à des émotions morales vives. Les premières attaques partirent bien nettement des plaies, puis des trajets fistuleux ; mais au bout d'un certain temps elles laissèrent après elles

une sorte d'eczéma de la partie inférieure de la jambe et des orteils ; lésion qui, à son tour, devint, comme nous pûmes le constater nous-mêmes la dernière fois, le point de départ de poussées d'érysipèle.

Chaque accès, débutant par le pied, envahissait toute la jambe, quelquefois la cuisse ; une ou deux fois seulement l'autre membre inférieur fut également atteint, ainsi que le bassin. Dans les derniers accès, l'érysipèle débuta très visiblement par la face interne de la cuisse, s'accompagna d'adénite inguinale très marquée, et redescendit peu à peu vers le genou, la jambe et le pied.

Désireux de mettre fin à tous ces accidents, entretenus vraisemblablement par la persistance d'un corps étranger, plomb ou os, M. Ch... vint me consulter au mois de mai 1885.

Le pied, très déformé, présentait sur son bord interne deux trajets fistuleux dont l'un renfermait un drain de petit calibre. Les autres fistules étaient taries depuis un certain temps. Les articulations du pied étaient toutes ankylosées et les orteils immobiles ; la peau, lisse, un peu violacée, était comme collée au squelette. A 10 centimètres du coup de pied, existait une plaque d'eczéma de 5 à 6 centimètres de diamètre; une autre petite plaque se trouvait près du talon, sur le tendon d'Achille.

En introduisant une sonde cannelée par les trajets, je sentis vers la partie moyenne du pied un petit corps rugueux. Ce pouvait être un petit grain de plomb, ou un fragment de grain, car les autres cartouches, semblables à celle qui avait causé l'accident, renfermaient de 32 à 34 grains, et depuis l'accident, 33 grains entiers avaient été retirés à diverses reprises ou étaient sortis d'eux-mêmes au moment de l'ouverture des abcès.

Quelle que fût la nature du corps étranger, je crus nécessaire d'agrandir les fistules, d'en extraire tout ce qui pouvait en causer la persistance, puis de drainer largement.

L'opération proposée fut acceptée et pratiquée le 30 mai 1885, en l'un des bons hôtels de Paris, dans une chambre donnant sur un square. Le malade était alors en très bon état, et le dernier érysipèle remontait au 25 décembre 1884.

L'examen des urines n'avait décelé la présence d'aucun élément anormal.

L'anesthésie par le chloroforme fut assez longue à obtenir.

J'agrandis avec un dilatateur spécial le trajet le plus important situé au bord interne, j'en ruginai les parois, et je ramenai une bouillie d'os mélangée de fragments de plomb. En prolongeant le trajet jusque vers le bord externe, dans le but de drainer le pied de part en part, je trouvai un grain de plomb entier, le trente-quatrième. Je fis là une contre-ouverture et traversai le pied de part en part avec un gros drain de caoutchouc rouge de 8 millimètres ; des injections phéniquées avec la solution à 5 0/0 furent faites jusqu'à cessation de l'écoulement sanguin, qui d'ailleurs, avait été peu abondant.

Les suites furent très simples, jusqu'au 24 juin, il n'y eut pas de fièvre ; le pouls oscilla entre 70 et 78, la peau resta fraîche, le som-

meil et l'appétit bons. Les urines présentèrent seulement un léger dépôt rosacique le quatrième jour, puis redevinrent normales. Les pansements, faits deux fois par jour jusqu'au 15, puis une seule fois dans les vingt-quatre heures, consistaient en injections phéniquées dans le drain, qui à deux reprises fut retiré et nettoyé dans la solution forte, — en applications de compresses de tarlatane phéniquées sur les orifices du trajet, et le pied était ensuite enveloppé dans une feuille d'ouate maintenue avec des bandes de tarlatane imbibées de la solution phéniquée.

Vers le 15, les plaques d'eczéma, probablement un peu irritées par la solution phéniquée, rougirent légèrement; entre les orteils apparut un peu de suppuration. Par crainte de l'érysipèle, M. le Dr L.-H. Petit, chargé des soins consécutifs à l'opération, nettoya avec minutie les points menacés et fit ensuite des onctions avec la vaseline boriquée. Le drain fut remplacé le 17 juin par un plus petit, avec les mêmes précautions antiseptiques. L'une des fistules, restée sans drain, était fermée.

Le 23, je vis le malade et retirai le drain pour le nettoyer et faire pousser dans le trajet une injection, afin d'en chasser les poussières osseuses ou plombiques, s'il en existait. L'injection ressortit incolore, sans rien ramener, et en regardant le jour à travers le trajet, on pouvait voir une surface recouverte partout de bourgeons de bonne nature. Les plaies extérieures étaient très rétrécies et n'avaient plus que les dimensions du drain; mais la petite fistulette s'était rouverte depuis quelques jours. Le pansement fut appliqué comme d'habitude.

Je permis au malade de se lever un peu, mais de garder le pied étendu sur une chaise, ce qu'il fit ce jour-là. Le lendemain il fut moins prudent, et bien qu'il fît un peu froid, il se mit à la fenêtre pendant environ cinq minutes, la jambe malade n'étant garantie que par un pantalon ouvert sur le côté et mal fermé par des cordons.

Le lendemain matin, 25, le malade était très agité, la nuit avait été mauvaise; les plaques d'eczéma, surtout celles du talon, étaient douloureuses. Tout le pied fut nettoyé avec soin et recouvert de pommade borique. Mais le soir apparaissait à la face interne de la cuisse, comme aux dernières attaques, une plaque rouge et douloureuse qui ne laissait aucun doute sur sa nature.

Le 26 au matin, M. Petit constata cette plaque, qui avait 15 centimètres environ de diamètre; une longue traînée rougeâtre, partant des deux plaques d'eczéma, agrandies et douloureuses, remontait en traversant la plaque érysipélateuse, jusqu'aux ganglions inguinaux, tuméfiés et douloureux. Les orteils étaient gonflés, luisants et sensibles; toute la partie du pied recouverte par les compresses phéniquées, c'est-à-dire les orifices du trajet et leur voisinage, dans une zone d'environ 8 à 10 centimètres, était absolument intacte, sans rougeur, gonflement ni douleur, — fièvre très forte, — pouls à 120, — grande agitation, — langue saburrale.

Les jours suivants, malgré des applications de vaseline boriquée et les compresses phéniquées (le malade refusa les pulvérisations, qui,

disait-il, le refroidissaient), la plaque érysipélateuse, dure et à contours saillants et irréguliers, s'étendit peu à peu, fit le tour de la cuisse, puis descendit jusqu'au genou, envahit la jambe, et n'atteignit qu'en dernier lieu la limite du pansement, qu'elle ne dépassa jamais. Ce développement avait duré dix jours, et ce fut le quinzième jour seulement que la rougeur disparut complètement. Dès le troisième jour, les orteils n'étaient plus ni gonflés ni douloureux.

L'absorption de l'acide phénique par la peau enflammée avait été très grande, car pendant tout ce temps les urines gardèrent la couleur de décoction de feuilles de noyer.

La cicatrisation du trajet n'en fut nullement retardée, et quand le malade quitta Paris le 27 juillet, il ne portait plus qu'un drain filiforme que je lui conseillai de garder encore quelque temps pour éviter toute rétention du pus.

Depuis cette époque, M. Ch... porte toujours son fil de caoutchouc sans en être aucunement incommodé, tandis qu'avant l'opération il ne restait jamais plus de quinze jours sans inflammation des trajets fistuleux, rétention du pus et accidents fébriles; il n'a plus rien ressenti au pied depuis qu'il est rentré chez lui ; il a pu reprendre son exercice favori, la chasse, et y passe deux ou trois heures de suite.

Le 22 septembre dernier, M. Ch... a été atteint de son dix-neuvième érysipèle sans qu'il en puisse connaître l'origine. La rougeur, comme dans les dernières attaques, a paru d'emblée à la face interne de la cuisse, est montée jusqu'à l'aine et descendue jusqu'au pied. Le tout s'est liquidé avec quatre jours de lit et dix jours de chambre.

Voici une observation plus curieuse encore, je la connais depuis peu de temps et me propose de la suivre, il s'agit en effet d'une dame qui, depuis l'année 1861, a été atteinte cent quinze fois d'érysipèle. Voici le résumé de ce fait.

Observation. — Mme H. M..., 68 ans, petite taille, bonne constitution, embonpoint notable, a été jadis atteinte de manifestations arthritiques, affections prurigineuses, hémorrhoïdes, douleurs névralgiques, fibrome utérin, etc. ; elle s'était néanmoins bien portée jusqu'en 1861, lorsque à cette époque sa santé fut ébranlée par un concours de circonstances fâcheuses, au premier rang desquelles il convient de placer la suppression des règles, la disparition des hémorrhoïdes et la perte d'un fils tendrement aimé.

C'est deux mois après ce dernier événement que parut le premier érysipèle, sur lequel nous n'avons pas de renseignements, si ce n'est qu'il fut très intense, partit d'une oreille, gagna toute la face et le cuir chevelu, dura dix-huit jours et détermina la chute des cheveux, lesquels depuis ont repoussé intégralement.

Les autres attaques se sont renouvelées sans régularité, car Mme M... est restée tranquille huit mois de suite, puis une autre fois une année entière, au point de se croire délivrée, tandis que depuis la mort de son mari, survenue il y a deux années environ, treize accès se sont mon-

trés. En revanche, l'affection se présente avec une uniformité remarquable ; elle débute soudainement par du malaise avec fièvre, frisson, céphalalgie, inappétence. Les vomissements ne se sont montrés que deux ou trois fois. La lésion part invariablement d'une oreille : pavillon, conque ou région préauriculaire. La rougeur et le gonflement, en ce cas, prennent la forme et occupent le siège du favori chez l'homme, de là ils s'étendent aux parties voisines : tempe, nuque, face, cuir chevelu. Trois ou quatre fois, toute la tête a été envahie, mais les lésions parfois aussi se sont arrêtées à la ligne médiane du visage et même ont à peine dépassé les limites de la région péri-auriculaire. La même oreille peut être prise plusieurs fois de suite, puis vient le tour de l'autre ; le côté gauche semble avoir été plus souvent envahi. La durée de l'accès est variable ; le premier s'est prolongé près de trois semaines ; quelques-unes se sont terminées en trois jours, la moyenne est d'une semaine ; les dernières même tendraient à s'abréger.

Il n'y a jamais eu de complications locales, ni phlyctènes, ni abcès. La desquamation est presque insensible et la rougeur disparaît souvent très rapidement. En tout cas, la peau du visage n'a conservé aucune trace de ces poussées réitérées, elle est rose, fine, sans vascularisation permanente, sans acné, et on ne pourrait jamais croire qu'elle a été si fréquemment enflammée.

La terminaison s'effectue très ordinairement par une sueur profuse et surtout spontanée, car les préparations sudorifiques administrées d'après cette indication naturelle sont restées généralement sans effet.

La réaction générale est d'ordinaire assez faible, deux ou quatre fois seulement il y a eu fièvre vive et délire ; mais le fils de la malade, ancien interne des hôpitaux, actuellement praticien très habile et très expert, et qui précisément a écrit sur l'érysipèle une thèse estimée, m'affirme que depuis bien longtemps le pronostic ne l'a jamais préoccupé : quelques attaques ont été suivies de bronchites assez vives imputables à des refroidissements contractés à l'occasion des sueurs terminales.

Le traitement a beaucoup varié. Dans les premières années, on a essayé beaucoup de choses auxquelles on a renoncé depuis. Maintenant Mme M... prend le lit et la diète, laisse les choses suivre leur cours et ne s'en trouve pas plus mal.

L'étiologie, dans ce cas, reste fort obscure. La patiente, pour la première attaque, accuse une série de conditions qui évidemment, étant donné la spécificité de l'érysipèle, n'ont pu que favoriser l'invasion sans engendrer la maladie. En tout cas aucune blessure ni aucune contagion du dehors ne peut être retirée. Le froid et les émotions morales tristes surtout semblent avoir toujours joué un rôle prédominant dans le retour des accès.

Jamais personne, dans l'entourage de Mme M..., n'a été contagionné, bien qu'aucune précaution n'ait été prise [1].

[1] A peine avais-je fait ma lecture à la Société de chirurgie, que Mme M... me télégraphiait qu'elle était pincée de son 115e érysipèle ; je me transportai

Essayons d'expliquer ce fait curieux : il est d'abord bien évident que si Mme M... a du être contagionnée une première fois en 1861 par un érysipélateux du dehors, elle ne l'a pas été cent quatorze fois de suite par le même mécanisme ; dès lors, l'idée d'une disposition individuelle tout à fait particulière s'impose en quelque sorte. Mais d'autre part, on ne comprend guère comment la diathèse ou la dyscrasie aurait sévi toujours sur la même région, ayant toujours le même point de départ et ne profitant jamais des occasions que pendant vingt-quatre ans les incidents de la vie, petites plaies, écorchures, dermatoses, auront dû fournir en différentes régions du corps. — Comment, par exemple, aucun de ces cent quinze érysipèles du visage, réputés spontanés, n'est jamais parti de la gorge ou du nez, lieux d'origine si ordinaires de l'érysipèle facial.

L'insuffisance des interprétations tirées des doctrines classiques plaide singulièrement en faveur d'une cause locale permanente et prolongée, indépendante de la contagion hétérochtone. Admettons, par exemple, qu'après le premier érysipèle de l'oreille le microbe se soit installé dans le conduit auditif externe et que depuis il ne l'ait jamais quitté ; admettons que la malade, qui est herpétique et qui a eu souvent des attaques de prurit vulvaire, se soit de temps en temps gratté le tégument de la conque ou du conduit, et l'inoculation a lieu.

Je ne vois pas qu'on puisse nier *a priori* mon hypothèse, mais je pourrai sans doute la vérifier, car il est convenu qu'à la première attaque je serai mandé auprès de Mme M...

Si on ne répugne pas à croire que le microbe érysipélateux peut non seulement s'acclimater sur les parties découvertes saines et sur les surfaces malades exposées, mais peut encore habiter indéfiniment certaines cavités naturelles profondes, la pathogénie jusqu'ici fort obscure de certains érysipèles à répétition devient fort claire. Supposons, par exemple, que les germes soient nasicoles, pharyngicoles ou auricoles, et nous comprenons d'abord comment les scrofuleux, avec les croûtes impétigineuses de la lèvre supérieure et des narines, sont si sujets aux érysipèles multiples, la moindre écorchure ouvrant la porte aux inoculations.

Nous expliquons tout aussi bien ces attaques réitérées de la variété dite médicale survenant sans trauma antérieur, partant de

aussitôt auprès d'elle et put prendre la cause en flagrant délit. Exactement comme chez la sœur de charité d'Arpajon, je trouvai de chaque côté, dans la région auriculo-temporale, une gerçure linéaire beaucoup plus marquée à gauche, c'est-à-dire du côté d'où était parti le dernier érysipèle. Les ganglions mastoïdiens et sous-occipitaux étaient un peu tuméfiés et très douloureux, l'invasion cette fois encore avait manifestement été précédée d'une exposition assez prolongée au froid.

l'arrière-gorge ou des fosses nasales, précédées d'angine, de coryza, d'épistaxis, apparaissant soit à l'orifice nasal, soit aux points lacrymaux, soit au conduit auditif externe. L'herpès guttural, affection si commune, sert à créer la porte d'entrée en détruisant le rempart épidermique protecteur.

Il devient même possible avec cette hypothèse de comprendre les érysipèles périodiques survenant chez certaines femmes à chaque époque menstruelle. L'herpès, cette affection encore si paradoxale, revient volontiers à des époques fixes. J'ai vu en particulier une femme qui chaque mois en avait à la cuisse et au même endroit un petit groupe. Or, si cette disposition à l'herpès guttural existe chez un sujet dont le pharynx est habité par le microbe érysipélateux, on pourra voir apparaître tous les mois une attaque d'érysipèle.

Je prévois une objection : comment admettre, dira-t-on, que le microbe érysipélateux puisse rester en permanence ou pendant de longs mois à la surface d'une plaie ou dans la cavité naso-pharyngienne, quand dans des plaques érysipélateuses elles-mêmes il vit à peine 3 ou 4 jours, comme l'atteste la difficulté qu'on éprouve à le trouver dès que la rougeur et le gonflement commencent à diminuer. La réponse est facile : si l'on suppose que le microbe en question est aérobien, comme tout tend à le démontrer, il peut vivre indéfiniment à l'extérieur ou dans les cavités en communication libre avec l'atmosphère, tandis qu'il succombe vite dans les interstices organiques, les cavités vasculaires ou les muqueuses profondes.

Il reste un dernier point à examiner. Si le microbe érysipélateux est capable de séjourner indéfiniment sur le cuir chevelu, sur les surfaces suppurantes et granuleuses, sur les points de la peau envahis par les dermatoses impétigineuses, eczémateuses, psoriasiques, etc., sur les muqueuses nasale, pharyngienne, etc., peut-il vivre et s'acclimater dans le sang, dans la lymphe, dans les espaces conjonctifs, et y être toléré ? peut-il, en un mot, être compris dans la faune ou la flore hominicale ?

Si la chose était démontrée, l'existence de la dyscrasie érysipélateuse serait prouvée du même coup ; alors les partisans de la spontanéité apparente ou réelle de l'érysipèle triompheraient, car le germe existant en permanence chez l'individu, les causes occasionnelles feraient reparaître la maladie sans qu'il soit nécessaire de découvrir une nouvelle source de contagion externe, comme la fièvre intermittente reparaît chez un ancien paludique sans qu'il se soit rendu à nouveau dans une contrée palustre.

Après mûr examen, aucun fait concluant n'autorise à admettre que les choses se passent ainsi. A coup sûr, le microbe érysipéla-

teux pénètre dans l'économie, circule avec le sang et la lymphe, puisqu'on le trouve jusque dans les parenchymes glanduleux. A coup sûr encore, il envahit les espaces conjonctifs, s'y accumule, y prolifère et y séjourne pendant un certain temps, comme le démontre ce qu'on appelle l'*Erysipèle redux*, c'est-à-dire l'envahissement réitéré par la rougeur, le gonflement et la douleur de régions abandonnées depuis plusicurs jours par ces phénomènes. Dans ces cas où la supposition d'une nouvelle contagion venue du dehors n'est pas admissible, tout porte à penser que les rechutes sont dues à ce que des microbes nouveaux, issus des anciens, repullulent dans les districts abandonnés par les premiers envahisseurs. Ces retours offensifs de la maladie se font d'ordinaire, à la vérité, à courte échéance (ce qui empêche de les confondre avec les vrais érysipèles à répétition); mais ils prouvent que les microbes peuvent vivre dans les alvéoles du tissu conjonctif, au moins de 8 à 15 jours et même beaucoup plus dans le cas d'érysipèle ambulant.

Donc l'intoxication érysipélateuse et la dyscrasie temporaire existent; mais tout porte à croire que l'économie succombe sous les coups du parasite ou parvient à s'en débarrasser plus ou moins vite et complètement, mais qu'elle ne se prête pas à la colonisation intérieure permanente. La chose irait de soi s'il était établi que le microbe érysipélateux est aérobicn, et qu'il lui faut de toute nécessité le contact de l'atmosphère; mais le fait est probable sans être démontré. En tout cas, on peut cependant se demander si, en certaines circonstances et chez certains sujets, le séjour dans les interstices anatomiques ou le système vasculaire lymphatique ou sanguin ne pourrait pas se prolonger et même s'éterniser.

Les seuls faits qui plaident en faveur de la dyscrasie érysipélateuse sont ceux dans lesquels un premier érysipèle spontané ou traumatique est suivi d'un second dont il est impossible de trouver l'origine extérieure. Tel serait le cas, par exemple, pour le malade des environs de Mantes dont j'ai rapporté très longuement l'histoire dans la note de 1882. On se rappelle qu'il s'agissait d'un homme très robuste à qui j'enlevai une tumeur ganglionnaire du cou, un mois et demi après qu'il avait été atteint d'un érysipèle de la face, et qui, sans présenter du côté de la plaie cervicale aucune complication traumatique notable, succomba à des accidents phlegmoneux très intenses développés du côté du bras et de la jambe.

J'avoue que je m'explique assez difficilement ce cas. En supposant même que les germes de l'érysipèle facial du mois de septembre aient persisté en certaines régions superficielles ou profondes chez le patient, je ne sais pas trop pourquoi ils ne se sont pas inoculés à la plaie du cou, si favorablement disposée ; pourquoi ils ont causé des phlegmons érysipélateux à la jambe et au bras ;

pourquoi surtout ces phlegmons ont paru en quelque sorte de dedans en dehors sans plaie extérieure et sans qu'on puisse invoquer l'auto-inoculation ordinaire.

Faut-il croire que les germes érysipélateux de septembre persistaient dans le sang au moment où j'ai opéré en décembre ? Que le traumatisme avec son pouvoir excitateur si évident et si puissant a activé leur prolifération intra-vasculaire, et qu'alors, sous l'influence de quelque cause restée inconnue, les microbes sortis du système vasculaire se sont extravasés dans le tissu conjonctif du bras et de la jambe pour y faire naître les deux manifestations phlegmoneuses.

Tout cela est possible, mais ne vaut-il pas mieux se contenter de poser modestement les questions que de s'acharner à les vouloir résoudre quand même. Si l'on voulait pousser trop loin les explications douteuses, on nuirait plus qu'on ne servirait la pathogénie.

La colonisation possible de régions diverses du corps humain par le microbe érysipélateux ne sert pas seulement à expliquer les récidives de la maladie, objet principal de cette note ; elle rend encore un compte satisfaisant d'une foule de particularités.

Avec la colonisation du cuir chevelu, on comprend la fréquence des érysipèles traumatiques à la suite des plaies de la tête, de la face et de la nuque ; et avec la colonisation pharyngo-nasale, la même fréquence notée depuis si longtemps après les opérations de rhinoplastie et de blépharoplastie et chez les scrofuleux atteints d'impétigo de la lèvre supérieure et de l'entrée des narines.

J'entrevois même la raison d'être des érysipèles si communs à la suite des abcès, fistules, gerçures et opérations sur la mamelle. Le courant de l'air expiré conduit en effet directement les germes morbides sur la région thoracique antérieure, d'où les inoculations directes.

S'il était démontré que les microbes érysipélateux sont cultivables dans le tube digestif, et peuvent le traverser sans peine, on se rendrait compte de la fréquence de l'érysipèle parti des plaies contaminées par les matières fécales : anus contre nature, anus artificiel, plaies de l'anus, et après les opérations de fistule, plaies qui succèdent à la chute des eschares de la région sacro-coxygienne, etc.

L'expérience et l'observation confirment chaque jour l'hypothèse du parasitisme microbique, c'est-à-dire de l'existence accidentelle, mais prolongée et indéfinie, en certaines régions du corps, de divers organismes inférieurs, ne révélant leur présence par aucun trouble bien manifeste, mais pouvant devenir pathogènes dans des conditions données.

Personne ne met en doute l'habitation normale du tube intestinal. Les follicules pileux, les glandes sébacées ont leurs habitants. La salive recélerait, d'après divers auteurs, un microbe susceptible de déterminer par son introduction dans le tissu conjonctif des accidents plus ou moins analogues à ceux de la septicémie [1]. Cornil et ses élèves viennent de décrire le microbe génital.

Récemment Chauveau, à Grenoble, affirmait que des animaux bien portants en apparence pouvaient contenir dans leur sang des microbes septiques.

Le microbe érysipélateux ne ferait donc que se mettre en série.

Certes, les citadins de Paris, de Londres, de Vienne, seront peut-être humiliés d'être ainsi assimilés à des jardins d'acclimatation; mais si la chose est telle, ils en devront prendre leur parti et se défendre comme ils le pourront.

Le jour où, à Rouen, faisant à la session de l'Association française ma communication sur l'auto-inoculation traumatique, j'énonçais cette idée du parasitisme microbique, un des auditeurs se montra fort alarmé de cette révélation et de ses conséquences. Je lui répondis qu'un mal était surtout redoutable quand il était méconnu, ignoré ou caché, et que le jour où nous connaîtrions tous nos détestables locataires, nous saurions bien avec l'hygiène et la thérapeutique les expulser ou les tenir en respect.

On notera qu'en reléguant au second plan la dyscrasie et la diathèse érysipélateuse, je ne suis pas suspect, car en mainte occasion je fais jouer un rôle considérable aux dispositions constitutionnelles congénitales ou acquises. Mais en médecine, l'essentiel est de n'avoir aucun parti pris et d'abandonner ses idées de prédilection dès que les progrès de la science l'exigent. C'est ce que je fais bien volontiers aujourd'hui.

Le propre des bonnes théories est d'expliquer les faits les plus contradictoires en apparence et de mettre d'accord des observateurs dont la compétence et l'instruction ne peuvent être suspectées.

L'érysipèle étant une maladie contagieuse, parasitaire, il faut à chaque attaque nouvelle ou à chaque récidive retrouver le parasite ou la contagion. Mais dans l'état actuel de la science cet *à priori* indiscutable vient se heurter contre des difficultés, des invraisemblances, je dirai même des impossibilités, et quand nous voulons à tout prix admettre la contagion venue du dehors, les partisans de la spontanéité nous mettent au défi de la leur démontrer

[1] STENBERG, *The Amer. Journ. of the med. Sciences*, juillet 1885. — MATTEI et BORDONI, La septicémie salivaire chez les lapins (*Assoc. méd. italienne*, session de Pérouse. -- *Semaine med.*, 30 septembre 1885, p. 331). — CARPENTER, Sur un cas de morsure humaine (*Med. Record*, 2 mai 1885).

en rase campagne, dans un pays où depuis plusieurs mois, sinon plusieurs années, on n'a jamais vu d'érysipèle.

Puis les partisans de la diathèse nous embarrassent tout autant avec les cas d'érysipèle à répétition se montrant en province aussi bien qu'à la ville avec une fréquence et dans des conditions telles qu'il n'est pas possible, si grande qu'on fasse la part au hasard, de le faire intervenir.

J'ai déja dit que la religieuse d'Arpajon avait eu ses attaques successives sans avoir été exposée à des contagions nouvelles. Je ne vois pas surtout comment on pourrait invoquer la contagion réitérée chez la dame aux 115 érysipèles de la face. On me rirait au nez si je voulais soutenir qu'à chaque nouvelle atteinte cette dame, qui habite un quartier salubre et qui ne soigne pas de malade, qui a toujours été soignée par son fils, ancien interne des hôpitaux, a été contagionnée par ses voisins ou par son entourage.

M. Ch... avait à chaque instant, en province, un accès de lymphango-érysipèle. Sans être en rapport avec d'autres érysipélateux, à Paris, il fut pris d'un dernier accès, alors qu'il était soigné par M. le Dr Petit, qui ne mettait pas les pieds à l'hôpital, et par moi, qui depuis bien des semaines n'avais pas approché le moindre érysipélateux.

Comme avant son accident M. Ch... s'était toujours fort bien porté et n'avait jamais eu d'érysipèle médical ni traumatique, comme les attaques partaient toujours du membre affecté et y restaient confinées, la théorie de la diathèse préexitante et de la dyscrasie acquise ne saurait être défendue.

Avec la théorie de la permanence des germes érysipélateux, tous ces faits deviennent clairs. La religieuse les portait sur la tête, M. Ch... les conservait dans ses fistules, entre les orteils et sous les croûtes de son eczéma ; Mme M... sans doute les éberge dans son conduit auditif externe.

La discussion qui précède intéresse plus qu'on pourrait le croire la pratique elle-même. Sans doute elle n'apprendra pas grand'chose aux médecins pour la guérison de l'érysipèle déclaré, mais elle pourra conduire à la prophylaxie, but si important des recherches étiologiques et pathogéniques modernes. Or la prophylaxie dans le cas présent comprend les précautions à prendre contre la première attaque et contre les récidives.

Pour l'érysipèle pathologique, spontané, médical, nous n'avons pas grand'chose à faire, par cette raison que nous ne savons pas quand il nous menace ni d'où il nous viendra. Cependant nous pourrions au moins en garantir les autres. Ainsi à l'hôpital, — seul point où, dans les villes, nous avons quelque puissance, — au lieu de renvoyer nos érysipélateux dans leurs foyers ou en convales-

cence le plus tôt possible et à moitié guéris, nous devrions les désinfecter, les purifier, les nettoyer, comme on désinfecte, nettoie et purifie un wagon ou un navire qu'on sait avoir été contaminé.

Non seulement le linge, les vêtements seraient soumis aux pratiques appropriées, mais le corps serait baigné, frotté et débarrassé *a capite ad calcem* de tous les débris épidermiques. Les régions pileuses seraient surtout l'objet d'une attention spéciale; la barbe et les cheveux seraient sinon rasés, au moins coupés courts, et les téguments pilifères seraient lotionnés minutieusement et itérativement avec les solutions parasiticides.

Si l'érysipèle était parti des régions profondes, de la cavité naso-pharyngienne, par exemple, on chercherait à modifier la muqueuse correspondante par des injections nasales ou par des inhalations capables de détruire le microbe, de modifier les sécrétions, sans altérer la structure et les propriétés de la membrane en question. La nécessité comprise, on trouverait bien les agents convenables.

Bref, il serait du devoir des médecins de ne remettre l'érysipélateux en circulation qu'avec une patente nette.

Pour la prévention de l'érysipèle opératoire, nous sommes mieux armés ; si je voulais à tout prix mettre un de mes opérés à l'abri de cette complication, je l'installerais à la campagne dans une localité écartée et salubre ; je l'opérerais avec des instruments neufs ou soigneusement nettoyés; j'emploierais les topiques à action microbicide avérée ; j'exigerais de mes aides au moment de l'opération et pendant toute la durée du traitement l'observance rigoureuse de l'antisepsie, et tout porte à croire que les choses se passeraient sans accident.

Une de mes opérées pour un cancroïde du nez avait eu déjà deux attaques d'érysipèle opératoire. J'ai multiplié les précautions antiseptiques et la troisième opération n'a pas fait renaître une troisième fois la maladie.

Mais, revenant au sujet de la présente note, je suppose que le malade ait éu déjà un ou plusieurs érysipèles, et pour prendre un exemple frappant, j'imagine que la sœur de charité d'Arpajon vienne à réclamer une opération sur la face ou le sein; que faire pour empêcher la plaie opératoire d'être contaminée. Certes, il serait superflu, ou du moins insuffisant, de demander une localité plus salubre, de se servir d'instruments neufs, d'imposer au chirurgien et à ses aides la plus stricte antisepsie, car toutes ces précautions rigoureusement prises n'ont point empêché mon opéré de Mantes de succomber à un érysipèle phlegmoneux.

Pour la religieuse, le mieux serait certainement de purger soigneusement de toute tare pathologique la région cervico-tempo-

rale ; mais pour montrer combien la prophylaxie est variée et demande d'attention, j'ajoute que pour le second malade la prudence aurait voulu peut-être que j'attendisse plus longtemps, jusqu'à l'époque encore mal déterminée où les microbes érysipélateux auraient pu périr complètement, c'est-à-dire disparaître absolument de l'appareil lymphatico-sanguin.

Je ne veux pas m'étendre indéfiniment sur ce sujet. Ce que j'en ai dit suffira je l'espère pour qu'à l'avenir il soit tenu compte dans la pathogénie, la prophylaxie et la thérapeutique de l'érysipèle, non seulement des deux facteurs bien connus, l'agent infectieux et la plaie servant de porte d'entrée, mais aussi d'une troisième condition moins bien dégagée jusqu'ici, savoir l'habitation prolongée et latente de l'économie par le microbe de l'érysipèle.

Je désire en un mot qu'une place soit réservée aux érysipélateux dans la classe des sujets autotoxifères.

La discussion de la communication de M. Verneuil sera mise à l'ordre du jour.

Présentation d'instrument.

M. Duplay présente au nom de M. Adalberto Ramaugé, chirurgien de l'hôpital des enfants malades à Buenos-Ayres, un nouveau modèle de *trachéotome dilatateur*.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 21 octobre 1885.

Présidence de M. S. Duplay.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Beinhalter für gymnakrische operationen in der Steissrüchow und Steinschwittage*, par le Dr P.-L. Neugebauer (de Wirschow);

3° *Monstre double parasitaire de la famille hétérotypienne*, par le Dr Clément, de Bucharest (Roumanie) (Commission : MM. Sée, Saint-Germain et Lucas-Championnière, rapporteur);

4° *Applications thérapeutiques de la compression hydraulique*, par le Dr Desplats (de Lille) (Commission : MM. Nepveu, Tillaux et Pozzi, rapporteur);

5° *Méningite tuberculeuse à la suite du redressement d'une fausse ankylose du genou*, par le Dr Martel (de Saint-Malo), membre correspondant (suit la note);

6° Un mémoire pour le concours du prix Gerdy, ayant pour épigraphe : L'étiologie et la pathogénie bien comprises constituent, à n'en pas douter, la meilleure base d'un traitement rationnel. (Inscrit sous le n° 1).

7° Un mémoire pour le concours du prix Laborie, ayant pour épigraphe : *Nil sine fide.* (Inscrit sous le n° 1.)

M. le secrétaire général donne lecture, au nom du Dr Martel (de Saint-Malo), membre correspondant, d'une observation intitulée :

Méningite tuberculeuse à la suite du redressement d'une fausse ankylose du genou, par le Dr Martel (de Saint-Malo).

H..., âgé de 2 ans et demi environ, est le dernier né de six enfants bien portants. Père français, grand, maigre, vigoureux; mère russe, petite, fortement constituée.

Cet enfant, élevé à Paris, a été mal portant depuis le sevrage. Il présente au cou les stigmates d'une adénite suppurée de longue durée, à peine guérie, et de nature évidemment strumeuse.

Dans les derniers mois de 1884, arthrite subaiguë du genou droit, qui, par suite d'une direction insuffisante du traitement, a entraîné une fausse ankylose avec flexion très prononcée.

Je le vois le 16 décembre 1884. Les accidents aigus étant disparus, je pratique le lendemain, après chloroformisation, le redressement du membre, et la jointure étant encore gonflée et empâtée, je la couvre de pointes de feu nombreuses, mais superficielles. Bandage ouaté et silicaté très bien supporté, que je renouvelle le 29 décembre et le 6 janvier. Le 14 janvier, nouvelles pointes de feu, les premières étant cicatrisées, et même appareil silicaté. L'état de la jointure est tres amélioré, la rectitude du membre satisfaisante, la santé générale excellente, malgré l'accès de violente colère qui précède et suit chaque intervention chirurgicale.

Le traitement général a consisté dans l'usage de l'huile de morue, une alimentation substantielle et la promenade au grand air, très bien supportée.

Tout allait très bien ainsi, quand apparurent quelques malaises fébriles, puis des vomissements, le tout très léger encore, lorsque, le 26 janvier, je revis le petit malade ; mais de suite les accidents s'accentuèrent, et une méningite tuberculose des mieux caractérisées amena la mort le 2 février.

Faut-il voir dans ce fait une simple coïncidence ou un exemple de la triste prérogative des lésions articulaires de provoquer, chez les prédisposés, l'explosion de la méningite (ou tuberculisation généralisée) sous la plus légère influence?

La question me paraît délicate à résoudre; mais il n'est peut-être pas sans intérêt de rapprocher cette observation de celles où la maladie a éclaté à la suite d'une intervention opératoire plus importante.

A propos du procès-verbal.

M. Richelot communique l'observation de tuberculose généralisée survenue à la suite d'une opération pratiquée pour une synovite fongueuse du poignet, et qu'il s'était borné à mentionner dans la dernière séance.

Messieurs, je viens vous raconter l'histoire du malade auquel j'ai fait allusion dans la dernière séance. L'observation a eté recueillie par M. le Dr Verchère, chef de clinique à la Pitié. Elle montre combien nos opérations, dirigées contre les lésions tuberculeuses locales, peuvent quelquefois accélérer l'évolution des accidents généraux, alors que rien, dans l'état du malado, ne faisait prévoir une pareille influence et ne semblait contre-indiquer l'intervention.

Observation. — Un jeune homme de 18 ans, Charles B..., charcutier, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 15, le 25 juillet 1885. C'est un garçon robuste, magnifiquement musclé; il est brun, a le teint mat, et eut toujours une excellente santé. Il ne se rappelle aucune maladie de l'enfance; ses parents sont vigoureux, bien portants. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut d'un peu de gêne dans les mouvements de flexion, qu'il attribue à une légère douleur se faisant sentir au niveau de la face antérieure du poignet droit. Peu à peu survint, au-devant de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, une légère saillie; la douleur ne fut jamais très intense; à un moment donné la peau s'amincit et il se forma un petit abcès du volume d'une petite noisette. La peau s'ulcéra. Il sortit de l'humeur; puis persista une fistule.

A l'entrée, on constate une tumeur allongée, s'étendant à 5 centimè-

tres à peu près au-dessus du ligament annulaire, disparaissant à son niveau. Cette tuméfaction est mollasse; en aucun point on ne sent de fluctuation; la consistance est assez uniforme. Vers la partie inférieure du radius, en dehors, se trouve un point douloureux à la pression. Tout le reste de la tumeur est indolore et indolent. Vers la partie moyenne, au niveau du point le plus saillant, se trouve une petite ulcération à bords décollés, légèrement violacés, par où s'écoule une très minime quantité de sérosité louche; c'est en ce point que s'est faite l'ouverture d'un petit abcès. Aucune exploration n'est faite avec le stylet. Les mouvements des doigts sont libres; dans la flexion extrême, il existe un peu de gêne.

Quelle est la nature de cette synovite fongueuse? L'état général excellent du malade faisait douter que l'on eût affaire à de la synovite tuberculeuse. Néanmoins les symptômes présentés par la tumeur, les caractères de la petite ulcération, la persistance de la fistule, ne permettaient guère de faire un autre diagnostic, malgré l'absence de toute autre localisation tuberculeuse, de tout antécédent scrofuleux, de toute hérédité, et l'apparenco extérieure superbe du jeune malade.

Le 3 août 1885, M. Richelot, suppléant alors M. Verneuil, décide de faire le raclage de la synoviale. Le malade est endormi. On applique la bande d'Esmarch, en ayant soin de ne pas serrer trop fortement au niveau de la région malade; puis est faite une incision de 7 centimètres à peu près à partir du ligament annulaire du carpe. Au-dessous de la peau, dans le tissu cellulaire, on trouve une couche de fongosités que l'on enlève facilement avec la curette tranchante; puis, à la partie inférieure de l'incision, on aperçoit une perforation à l'aponévrose; incisée sur la sonde cannelée, elle donne accès dans un véritable foyer fongueux, doublant la face profonde de l'aponévrose, puis contournant le paquet des tendons fléchisseurs pour aller s'étaler à leur face postérieure. Avec la curette, M. Richelot enlève soigneusement toutes ces fongosités; les tendons apparaissent parfaitement nets. Le grand palmaire est de même débarrassé des fongosités qui l'entourent. Le nerf médian est entouré d'une gaine complète de tissus fongueux, et, lorsque la curette passe à sa surface, se produisent des contractions brusques des tendons fléchisseurs. La traînée fongueuse mène au-dessous du ligament annulaire, étalée au-devant des os du carpe, et alors, enfonçant profondément l'instrument, il est possible de nettoyer la région profonde de la paume de la main dans son entier.

Un drain est placé dans la paume de la main pour ressortir dans l'angle supérieur de la plaie, puis la peau est suturée au crin de Florence. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de bois au sublimé. Légère compression avec bande de tarlatane, immobilisant toute la main. Le malade est reporté dans son lit et le membre est légèrement élevé sur un hamac.

Le soir de l'opération, le thermomètre marque 38°,6, et le lendemain, 38°,2. Le malade ne souffre pas; le 4 au soir, T. 39°,4. Le 5, matin, 37°,6. Tout fait espérer une guérison rapide. Le pansement est

renouvelé. Il n'y a pas de gonflement; les lèvres de la plaie ne sont nullement tuméfiées; le drain est enlevé, nettoyé au sublimé et replacé; il n'y a pas de suppuration. Le lendemain, la température est à 37°,4, après être montée la veille à 39°,6. Puis, dès ce moment, elle reste élevée. Le 6 au soir elle atteint 39°. Le 7 au matin on renouvelle le pansement, craignant quelque suppuration. Le membre est exploré avec soin. La réunion se fait sans suppuration. On recherche du côté de la paume de la main s'il ne se fait pas quelque foyer profond permettant d'expliquer la persistance de la fièvre; il est impossible de trouver quoi que ce soit. Les poumons sont examinés et l'auscultation ne révèle aucun symptôme morbide.

Les jours suivants, la température oscille entre 38°,5 et 39°,2, puis, le 9 août, atteint 40 degrés. A partir de ce moment, elle ne descend jamais au-dessous de 38 degrés, oscillant entre 38,5 et 40 degrés, dépassant même ces chiffres le soir; les oscillations sont très marquées.

Le 15 août, la guérison de la main est assurée, les points de suture ont été enlevés; le 6e jour, la peau et les parties profondes sont parfaitement réunies; le drain est peu à peu diminué. Il n'y a pas de suppuration. On s'aperçoit alors, en recherchant les causes de l'état fébrile persistant, que le malade présente une augmentation de volume marquée des testicules. Interrogé à ce propos, il répond qu'il en avait déjà un peu lorsqu'il entra, mais qu'il n'en avait jamais souffert. Les deux testicules sont augmentés de volume et très douloureux à la palpation. On sent les deux épididymes durs, irréguliers, mamelonnés; le gland est augmenté de volume et très douloureux. Le cordon est volumineux, moliniforme. Par le toucher rectal, on constate une augmentation de volume considérable des deux vésicules séminales.

Il n'était pas permis de douter que l'on ne fût en face d'une orchite double tuberculeuse. Suspension. Émollients.

Les jours suivants, le malade se plaint de ne pouvoir uriner, de douleurs vers le petit bassin, augmentant lorsque l'on vient à presser derrière le pubis. La vessie remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. On est forcé de le sonder matin et soir avec une sonde en caoutchouc rouge. Apparaissent bientôt des douleurs dans les reins, existant surtout à la pression.

A partir du 20 août, la courbe de la température va progressivement en s'élevant, le matin descend plus bas, le soir monte plus haut; c'est alors qu'un soir (le 29) elle atteint 41 degrés.

Le malade a pâli. La figure s'est creusée; il maigrit rapidement. L'appétit a complètement disparu. Il se plaint de quelques douleurs dans les côtés. La peau est chaude, la langue sèche. Les narines sont remplies de poussière. Le malade présente un aspect typhoïde des plus marqués. A l'auscultation, rendue difficile par l'état du malade, on ne perçoit que quelques râles sibilants; la respiration est faible, mais on n'entend pas de crépitation ni de souffle. Pas d'expectoration. Néanmoins l'état général fait craindre une généralisation pulmonaire.

A partir du 29 août, le malade est atteint de délire monotone, tranquille dans la journée, très bruyant la nuit; il parle haut, pousse de véritables cris à certains moments. La main gauche est portée de temps en temps à la tête.

L'état général s'aggrave de plus en plus, une diarrhée profuse survient, et le malade meurt le 5 septembre, à 6 heures du matin.

L'autopsie est faite le 6 septembre à 10 heures.

Les poumons sont, depuis la base jusqu'au sommet, infiltrés de granulations grises. La couleur générale est rouge vif, brillante; il n'y a pas un centimètre de parenchyme qui ne soit occupé par les granulations. En aucun point on ne trouve de pneumonie; en aucun point on ne trouve de cavernes ou de ramollissements tuberculeux; la lésion est récente, étendue, et indique la marche rapide de l'affection. La plèvre n'est pas adhérente; les poumons sont très facilement enlevés.

Le cerveau ne présente pas de tubercules, mais à la base, au centre, on trouve quelques granulations grises, peu abondantes.

Les organes génito-urinaires présentent des lésions très étendues.

Les deux testicules enlevés présentent le volume d'un poing. L'épididyme est tout entier transformé en matière caséeuse, ramollie seulement au niveau de la tête, où on trouve une véritable caverne. Le reste de l'épididyme présente le volume du doigt médius; en certains points existent des saillies formant de véritables noyaux du volume d'une noisette. Au niveau de la peau, ces noyaux semblent séparés par de véritables travées fibreuses. Le corps d'Higmore présente le volume d'une noix; allongé d'avant en arrière, il présente une teinte jaune paille, irrégulière avec les limites qui le séparent de la glande elle-même, il envoie dans l'intérieur de la glande de petits prolongements que l'on peut reconnaître à leur teinte. En aucun point il n'existe de ramollissement. La substance testiculaire est plus consistante qu'à l'état normal; elle présente une teinte violacée, foncée, analogue à la teinte d'un muscle pâle. A la coupe, elle a un aspect granulé caractéristique, produit par un semis d'innombrables granulations grises, dures sous le doigt; celles-ci varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de mil. L'infiltration est générale et existe aussi abondante dans toute l'étendue du parenchyme.

La face profonde de la vaginale est semée de petites granulations analogues, mais plus fines, moins abondantes, confluentes seulement au niveau du repli sous-épididymaire, au niveau de l'adossement des deux feuillets.

Le canal deférent présente le volume d'une plume d'oie. Les parois sont épaissies; béance à la coupe. On en retire un long filament jaunâtre, consistant, analogue à « l'intestin d'écrevisse ». Dans toute son étendue il est envahi par la tuberculose.

Les vésicules séminales sont longues de 10 à 12 centimètres, distendues, analogues à la vésicule du fiel pour le volume et la forme. Lorsque l'on vient à les presser, on fait sortir en abondance par les canaux éjaculateurs du liquide jaune, granuleux, caséeux. A ce ni-

veau, sur la paroi uréthrale, se trouvent de petites ulcérations dues certainement au contact du pus tuberculeux. La partie antérieure de l'urèthre est saine.

La prostate, légèrement augmentée de volume, et plus dure qu'à l'état normal, ne présente que peu d'altération.

La vessie est fortement dilatée; la muqueuse paraît saine au niveau de son col. Mais, au point d'abouchement des deux uretères, on trouve des ulcérations ponctiformes, de la grandeur d'une lentille et réunies en groupe formant les côtés du trigone.

Les reins sont augmentés de volume; la capsule se détache facilement; on aperçoit à leur surface un piqueté de grains grisâtres, formé de granulations fines, abondantes et visibles sur les deux faces des deux reins. A la coupe, le parenchyme rénal est plus rouge que normalement; en quatre ou cinq points se voient de véritables petites cavernes caséeuses, ayant pour enveloppe une membrane continue, peu épaisse et fortement adhérente au tissu rénal. Dans l'intervalle, dans la substance corticale et médullaire, on trouve des granulations analogues à celles que l'on voit à la surface de la glande.

En examinant le poignet opéré, on constate que la suture s'est rompue dans les derniers moments de la vie; à sa place on trouve le fond de la plaie. Les fongosités s'y sont reproduites en partie. Le nerf médian est de nouveau engainé par le tissu tuberculeux. Celui-ci s'étend jusqu'à la partie inférieure de la paume de la main.

Il existe, de plus, une véritable fusée fongueuse qui se dirige vers le pouce et occupe toute la gaine du fléchisseur propre. Le tendon est tout entier entouré. En un point, vers la partie antérieure de la première phalange, existe une perforation de la gaine aponévrotique, et les fongosités viennent soulever la peau, à laquelle elles adhèrent. Il n'y a pas d'ulcération, mais celle-ci se serait certainement faite en ce point si le malade eût vécu.

Les os, examinés et cassés, ne renferment pas de tubercules.

Il me paraît bien difficile de nier, dans cet exemple, une relation de cause à effet entre l'acte opératoire et l'éclosion subite des accidents généraux. Notez qu'il s'agit d'une tuberculose suraiguë, développée brusquement chez un homme en parfaite santé apparente, immédiatement après l'intervention.

Je laisse de côté la question du mécanisme, et n'examine pas s'il y a eu *coup de fouet* ou *auto-inoculation*. L'excellent état général de l'opéré plaiderait en faveur de la seconde; mais l'existence antérieure de l'orchite nous prouve qu'il était d'ores et déjà en puissance de tuberculose, et que celle-ci peut avoir reçu du traumatisme une impulsion nouvelle.

Sans doute, il ne faut pas aller trop loin dans la voie où M. Verneuil nous précède, ni interpréter tous les faits d'après la même théorie. Quand, après une opération relativement bénigne, dans

les deux ou trois semaines qui suivent, nous voyons survenir des accidents généraux inattendus chez un homme dont l'économie nous paraissait à l'épreuve du traumatisme, il ne faut pas toujours incriminer celui-ci et nous livrer au repentir. Souvent c'est une coïncidence, ou l'évolution normale d'une maladie encore latente avant la blessure; d'autres fois, c'est une infection générale qui, déjà commencée avant l'arrivée du chirurgien, n'a pu le détourner d'une intervention jugée nécessaire, et aboutit plus ou moins vite à son dénouement naturel. J'ai observé un cas de ce genre il y a quelques années :

En 1883, je fus consulté par un jeune homme de 24 ans, qui semblait n'avoir autre chose qu'un embarras gastrique avec fièvre, céphalalgie, langue saburrale, et que je traitai en conséquence. La fièvre céda lentement, ainsi que la douleur de tête ; au bout d'une semaine environ, le malade essaya de sortir. Mais ce fut seulement pour un jour ; appelé de nouveau, je le trouvai dans son lit, avec une nouvelle poussée fébrile et une douleur vive à la partie inférieure de la cuisse gauche. Une collection profonde s'était développée brusquement au sommet du creux poplité. Je l'ouvris et ne trouvai rien du côté du squelette; cependant l'abcès continua de suppurer malgré les pansements antiseptiques. La fièvre céda encore; mais le malade était pâle, anxieux, découragé. Mon collègue Hallopeau, appelé en consultation, ne trouva dans les viscères aucun signe démonstratif, mais il fut convenu que, selon toute vraisemblance, nous avions affaire à un tuberculeux, sans pouvoir annoncer aucune localisation ni prévoir la marche que suivrait la maladie. Notre embarras ne fut pas de longue durée : au bout de vingt-quatre heures, une hémiplégie se déclara subitement du côté gauche, et M. Hallopeau admit l'existence d'une méningite tuberculeuse avec des phénomènes de compression. La mort survint en quelques jours.

Chez ce malade, on peut affirmer que les premiers symptômes simulant un embarras gastrique, et dont je n'ai pas reconnu la nature, marquaient le début de l'évolution tuberculeuse qui aboutit à la méningite et à l'hémiplégie ; mais on n'a pas le droit de supposer que l'ouverture de l'abcès, intervenant vers le dixième jour, ait été la cause des accidents cérébraux.

Pour incriminer l'acte opératoire, il faut une situation parfaitement nette et une succession d'événements qui ne laisse place à aucun doute. Il faut pouvoir dire : « Si je n'étais pas intervenu, mon malade vivrait aujourd'hui. » Or, c'est là, je le répète, la conclusion du fait que je vous ai rapporté.

Mais la conduite à tenir ? Ici, je suis d'accord avec M. Trélat : si nous refusons d'opérer dans les cas de ce genre, quand opére-

rons-nous jamais ? Qui pouvait me détourner d'intervenir chez un homme d'aussi robuste apparence, porteur d'une lésion incurable par tout autre moyen ? Et c'est bien souvent ainsi que se pose la question en présence des tuberculoses locales : d'une part, une affection qui réclame le traitement chirurgical ; d'autre part, un organisme en bon état, et qui, presque toujours, sortira triomphant de l'épreuve. Que dire, s'il arrive malheur une fois par hasard?

A cette question, il faut répondre que l'influence réciproque des blessures et des états constitutionnels modifie le pronostic plus encore que les indications. C'est ce que j'ai dit en 1883, lorsque je vous ai présenté l'histoire d'un diabétique que j'avais opéré d'un cancer de la joue et qui s'était merveilleusement réuni par première intention.

Pour les chirurgiens qui n'opèrent pas à la légère et sans indications formelles, la notion des états morbides antérieurs a une influence qu'on ne peut nier sur le pronostic des opérations, et c'est déjà beaucoup ; mais elle ne modifie pas notablement les limites de l'intervention chirurgicale.

M. Verneuil déclare que dans les cas semblables à celui dont il vient d'être question, il est d'avis d'opérer. Il y a surtout lieu, chez ces malades, de rechercher et d'étudier les divers procédés ou modes d'intervention les mettant à l'abri complet de la généralisation tuberculeuse ou les exposant le moins possible à cette terrible complication.

A propos de la communication de M. Verneuil sur la PATHOGÉNIE DE L'ÉRYSIPÈLE A RÉPÉTITION.

Discussion.

M. Després. La Société s'étonnerait si je ne prenais pas la parole et si je ne disais pas encore ce que j'ai déjà répété dans une discussion sur l'érysipèle qui eut lieu ici en 1872. J'y ajouterai cependant quelque chose. L'on abuse aujourd'hui de la théorie des microbes. Il ne faut pas, messieurs, faire un abus, même des meilleures choses. Si les expériences de laboratoire de M. Pasteur et de ses élèves sont inattaquables, il n'en n'est pas de même des applications que l'on en fait.

Non, l'érysipèle n'est pas contagieux, et parce que l'on a trouvé, dit-on, le microbe de l'érysipèle, cela ne veut pas dire qu'il soit contagieux. Vous avez déjà trouvé et vous trouverez des microbes de l'amygdalite de l'abcès dentaire, que dis-je ? de la pneumonie,

et vous en trouverez encore bien d'autres, et vous allez peut-être, glissant sur cette pente, trouver que toutes les maladies ont des microbes et qu'elles sont toutes contagieuses. Vous pouvez tomber dans cet excès, moi je n'y tomberai pas; je le dois à la mémoire de nos devanciers.

A supposer que tous vos microbes soient réels, êtes-vous en droit de dire qu'ils sont la cause des maladies où on les observe? Prenez garde de prendre des résultats pour des causes : le microbe n'est qu'un produit de la décomposition du sang. Si les faits cliniques ne justifient pas vos théories de laboratoire, tâchez d'être moins affirmatif. L'homme n'est pas une cornue, et son sang n'est point un ballon de verre où vous faites chauffer ou refroidir vos bouillons de culture.

Depuis plus de vingt-quatre siècles qu'il y a des médecins qui n'étaient ni moins chercheurs ni moins penseurs que vous, croyez-vous que la contagion de toutes les maladies leur avait échappé? et, pour prendre parmi les plus modernes, croyez-vous que ceux qui enseignaient la jeunesse et ne croyaient point à toutes ces contagions étaient moins forts, moins avisés et moins illustres que vous? Non, certes! Seulement ils regardaient froidement les faits cliniques et savaient en tirer la véritable signification. Est-ce que les faits de non-contagion de l'érysipèle vous manquent? J'en ai publié deux séries depuis trois ans, et vous avez pu aller vérifier les faits à l'hôpital de la Charité. Une femme, alitée depuis six mois, prend un érysipèle dans son lit; depuis plus de cinq mois, il n'y en avait pas dans la salle. Cet érysipèle erratique dure six semaines. Dans le lit, à côté, j'opère un lipome du cou avec amincissement de la peau, un de ces cas si souvent suivis d'érysipèle, la malade ne prend pas d'érysipèle. En face, j'enlève les deux seins à une femme, rien. Trois autres grosses opérations sont encore pratiquées, pas d'érysipèle. Ne voyez-vous pas que ces faits ont la valeur d'expériences? Si votre théorie était juste, il aurait fallu trouver la contagion pour la première malade, et celle-ci aurait dû donner son érysipèle aux autres[1]. Vous n'avez tenu aucun compte de ces observations. Oh! je le sais. Ce n'était point l'un des vôtres qui les avait produites; je ne m'en fâche ni ne m'en étonne.

Regardez donc aussi comment l'on est arrivé, il y a vingt-cinq ans, à admettre la contagion de l'érysipèle. Quelques observations anglaises, qui ont traîné dans des thèses, n'avaient trouvé jusque-là aucun écho; puis M. Gosselin les accepte. Alors, comme il est dans la nature des choses que les hommes en place trouvent au-dessous

[1] Ces faits ont été publiés dans la *Gaz. des hôpitaux*, 1864 et 1865.

d'eux des approbateurs, tout le monde a suivi, alors que les grands maîtres de la chirurgie avaient toujours rattaché l'érysipèle au défaut de soin des plaies et à l'influence des saisons et du froid; la contagion de l'érysipèle est devenue une théorie officielle comme la théorie de la contagion du choléra, sans que l'une soit plus démontrée que l'autre.

Quant aux érysipèles a répétition chez les femmes, aux époques des règles, que les anciens attribuaient à une prédisposition et que M. Verneuil rattache à des contagions à échelons, je vous prie de vous arrêter à ce fait: comment se développe l'éléphantiasis des Arabes? par des poussées successives d'érysipèle. Est-il besoin d'invoquer une contagion, et la répétition de l'érysipèle n'a-t-elle pas été de tout temps rapportée à une disposition des individus, en un mot à une diathèse. Les faits signalés par M. Verneuil ne nous apprennent rien que nous ne sachions depuis longtemps. La religieuse a des érysipèles autour d'un eczéma chronique; le chasseur avec ses grains de plomb dans le calcanéum et une interminable fistule, a eu un érysipèle une première fois à la suite d'un refroidissement, d'une fatigue, d'un écart de régime; il avait le droit d'en avoir plusieurs tant que sa fistule n'était point guérie, et par ce seul fait qu'il ne la pansait peut-être pas régulièrement. La cause de l'érysipèle subsistait, c'était l'irritation locale. Nous n'avons pas besoin de chercher ailleurs. Quant au malade auquel on a fait un grattage d'un ganglion, et qui n'a pas eu d'érysipèle, mais en a eu un après une amputation de jambe, est-ce qu'il ne vient pas à l'esprit que le grattage était une opération simple, facile à panser, tandis que l'amputation était plus grave et plus difficile à bien panser. Mais je m'arrête, les faits de ce genre sont connus et jugés depuis longtemps, et la prédisposition à l'érysipèle a été de tout temps attribuée à l'état de la lymphe et des vaisseaux lymphatiques, tout comme la prédisposition à l'érysipèle sur les membres atteints d'éléphantiasis. Mais avec toutes ces théories, prenez garde, vous égarez la chirurgie française et surtout vous égarez la jeunesse que vous avez charge d'instruire. La conclusion de tout ceci c'est, non point l'efficacité du pansement, les soins préventifs et curatifs, c'est l'isolement des malades dans des salles à part, cholériques érysipélateux, malades atteints d'amygdalite, d'angioleucite, de pneumonie, etc. Que dis-je, vous avez vu reparaître la théorie de la contagion de la lèpre et vous allez peut-être nous ramener aux superstitions du moyen âge et aux léproseries que la découverte de la vérole (une maladie bien contagieuse celle-là) avait fait disparaître.

Je le répète en terminant, rien ne prouve la contagion de l'érysipèle, et tant qu'il me restera une tribune et de la voix je protesterai

contre les entraînements frivoles comme la mode dont le temps fera justice.

M. Verneuil. Je désire compléter l'histoire de la malade dont j'avais parlé et qui avait eu 114 érysipèles, en faisant connaître que le lendemain de ma communication elle prenait son 115e; il était parti d'une gerçure. — Dans le travail que j'ai présenté ici, je n'ai eu aucune prétention à une découverte quelconque, car je n'ai certes pas été à parler le premier des érysipèles à répétition.

Je n'ai pas du tout songé à toucher à la question de la contagiosité de l'érysipèle, car aujourd'hui elle ne se discute pas plus que la présence du fémur dans la cuisse : je me suis simplement occupé de la *pathogénie de l'érysipèle* à répétition, et j'ai déclaré qu'à mon avis il doit être bien difficile d'admettre qu'une malade ayant présenté 114 érysipèles eût été contagionnée 114 fois. — Non-partisan absolu de la doctrine exclusive de la contagion, j'ai été conduit à admettre l'*auto-inoculation.* — Un malade prend un érysipèle de quelque manière que ce soit; il porte alors en lui un agent infectieux spécial, virus, germe, microbe, comme on voudra l'appeler, qui, s'inoculant sur les petites ou grandes plaies qu'il peut présenter dans la suite, est capable de reproduire l'érysipèle primitif.

M. Trélat. M. Verneuil expose des faits un peu exceptionnels et cherche à en déduire une explication fort rationnelle, très possible, mais qui néanmoins, selon moi, ne peut être considérée que comme une hypothèse. — Il indique un microbe conservé par l'érysipélateux et qui lui réinocule un nouvel érysipèle à un moment donné; je le veux bien, mais ma conviction sur ce sujet aurait été bien autrement entraînée si, au lieu d'une possibilité, M. Verneuil était venu nous donner une réalité, s'il nous avait montré un malade chez lequel il eût relevé la culture du microbe érysipélateux : c'est là une recherche indispensable pour arriver à admettre d'une façon non douteuse la théorie de l'auto-inoculation.

Je confesse devant M. Després qu'il existe quelques points obscurs dans la nature microbienne de l'érysipèle...

M. Després. Ah ! Eh bien cela me suffit.

M. Trélat. M. Després se contente vraiment de peu, car je m'empresse d'ajouter que l'existence de ce microbe ne saurait plus être mise en doute aujourd'hui, car il a été isolé, cultivé et même inoculé avec succès. Cependant il a de la peine à être isolé au milieu d'autres microbes que l'on rencontre sur le même sujet, comme l'a annoncé M. Cornil il y a quatre mois à l'Académie de médecine. — Ce microbe n'est donc pas aussi incontesté, aussi bien caractérisé que le bacille de la tuberculose, par exemple; mais de ce qu'il reste

une lacune dans une science encore en voie d'évolution, il faut bien se garder de conclure à des dénégations systématiques, car il existe des laboratoires où des chercheurs compétents et dignes de foi ont obtenu la culture et l'inoculation du microbe de l'érysipèle. Il y a aussi, pour nous prouver sa réelle existence, à côté des essais de laboratoire, la clinique et la marche antiseptique de la thérapeutique chirurgicale. Les chirurgiens de l'école moderne, en effet, grâce aux nouveaux modes de traitement des opérés, ont bien fait rétrograder l'érysipèle, et même quasi disparaître.

En ce qui me concerne, je dirai que dans mon service, où je fus remplacé par M. Segond, un de mes opérés, guéri et bien portant depuis six semaines, s'égare un jour dans les salles de M. Després et est pris d'érysipèle qui infecta bientôt deux autres malades. Que notre collègue se persuade que des faits aussi nets n'ont pas de caractères de preuves, libre à lui; quant à moi, je suis d'un avis absolument opposé.

Pour me résumer, je dirai que la nature microbienne de l'érysipèle est extrêmement probable, et cela je le déduis de deux raisons :

1° Les laboratoires où nous voyons, nous cultivons ce microbe, et où son inoculation détermine l'érysipèle ;

2° La clinique où cette affection se comporte comme une maladie contagieuse, car nous luttons victorieusement contre elle par les procédés anticontagieux. — Il y a donc, je le répète, de grandes chances pour que nous soyons dans la vérité.

M. Després. Comment est-il possible que M. Trélat, un chirurgien expérimenté, et M. Segond, un de nos jeunes chirurgiens de mérite, s'arrêtent à une pareille puérilité ! Mais à l'époque où le malade est allé un instant dans mes salles, il n'y avait pas d'érysipèle. Depuis mon retour à la Charité je n'en ai pas eu à la salle des hommes ; c'est seulement à la fin de ce mois que nous en avons vu paraître avec les adénites, les abcès, les angines, et tant à la consultation que dans les salles. Mais ce malade convalescent allait dans les cours, dans cet escalier à courants d'air dont j'ai fait l'expérience pour y avoir gagné deux pneumonies. Ainsi c'est donc fini, *il n'y a plus de maladies causées par le froid.* Vraiment, messieurs, on dirait que vous n'avez jamais eu d'érysipèle chez les malades de la ville, et vous savez bien que vous en avez eu alors que vous n'en aviez pas dans vos salles, et que vous n'avez pu les leur porter : il est à croire qu'on finira par dire qu'un malade peut prendre un érysipèle par le seul fait qu'il en a entendu parler.

Je n'insiste pas davantage. Les excès d'interprétation auxquels vous vous livrez sont de pures hypothèses que démentent les faits

cliniques, et ceux que je vous ai présentés en sont d'autant plus probants. Car si ce que vous dites était vrai, si votre contagion de l'érysipèle était si subtile, tous mes opérés devraient prendre un érysipèle puisqu'ils sont sans cesse avec les malades qu'aurait aperçus seulement le malade du service de M. Trélat, et chez lequel M. Segond a trouvé si facilement une preuve de contagion.

M. Trélat. Ce n'est pas en abjurant ses collègues et en titillant leurs extrémités nerveuses que M. Desprès arrivera à les convaincre : nous devons chercher nos preuves dans la comparaison des groupes de pansements antiseptiques ou non antiseptiques. Nous ne pouvons certainement conclure du laboratoire à l'homme ; mais quand nous voyons concorder le laboratoire et la clinique, nous sommes bien près de nous rendre.

Rapport.

M. P. Reclus fait un rapport verbal sur une observation de *calculs de l'urèthre*, envoyée par le Dr Louis Bentex (de Saint-Sever) (Gironde), lauréat de l'Académie et de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef des travaux anatomiques de l'École de Bordeaux.

M. Reclus. Le docteur Louis Bentex (de Saint-Sever) a déposé sur votre bureau une observation où il relate *l'extraction, par la voie périnéale, de trente-deux calculs logés dans les régions membraneuse et prostatique du canal de l'urèthre*. Voici le résumé rapide de ce fait intéressant.

Au commencement de l'année courante, notre confrère fut consulté par un charpentier de Hatgeman qui se croyait porteur d'un calcul vésical ; il était âgé de 35 ans et avait été, à 27 ans, atteint d'une chaudepisse mal traitée par des injections irritantes qui provoquèrent une rétention d'urine pour laquelle, pendant 14 mois consécutifs, notre malade dut se sonder ; puis à cette époque la perméabilité du canal se rétablit et la mixtion fut à peu près normale désormais.

Mais, il y a cinq ans environ, des coliques néphrétiques survinrent, et il y a deux ans le malade pissa avec effort, dans l'espace de trois mois, quatorze graviers pyramidaux du volume d'un noyau de cerise ; du reste, les envies d'uriner étaient devenues fréquentes et impérieuses, douloureuses et incomplètes ; le liquide s'écoulait goutte à goutte ; encore fallait-il presser énergiquement sur le périnée et la verge ; les mêmes frictions étaient nécessaires, après le coït, pour chasser, au milieu de vives douleurs, le sperme qui ne s'était point écoulé naturellement.

C'est alors que le malade, fiévreux, sans force et sans appétit, vint consulter le Dr Bentex. Le cathétérisme fut pratiqué ; un premier rétrécissement fut franchi au niveau de la région membraneuse, et la sonde vint heurter contre un corps dur, puis elle s'engagea pour cheminer dès lors entre des calculs rugueux baignés d'une urine trouble et laiteuse, à odeur ammoniacale. Le Dr Bentex n'entra dans la vessie qu'en sondant le malade debout et en inclinant fortement en bas le pavillon de la sonde. La vessie ne contenait pas de calculs.

Le toucher rectal permettait de sentir sur la ligne médiane, dans la région prostatique, une sorte de cylindre allongé, dur, ligneux, irrégulier, à lobes séparés par des sillons ; la tumeur ne semble donc pas d'une seule pièce ; d'ailleurs on constate que la pression et le refoulement provoquent un frottement, une crépitation des plus nettes. Le doigt poussé très profondément atteint le bas fond de la vessie, vide de tout corps étranger. Ce double examen ne laissait subsister aucun doute et le diagnostic s'imposait : il s'agissait évidemment de calculs amassés dans la région prostatique, en arrière d'un rétrécissement inflammatoire de l'urèthre.

Après avoir discuté les divers modes d'intervention possibles, le Dr Bentex résolut d'aborder la tumeur calculeuse par une incision périnéale, et il procéda comme dans les premiers temps de la taille prérectale de Nélaton ; l'urèthre, parcouru jusqu'au corps étranger par ces callosités, fut atteint sans difficulté et incisé dans sa région membraneuse au milieu du tissu sclérosé du rétrécissement ; cette boutonnière fut prolongée de 15 millimètres environ sur une sonde cannelée introduite au milieu des calculs ; ceux-ci purent alors être saisis, les premiers très difficilement ; mais, la voie frayée, les autres furent extraits sans trop de peine, trente d'entre eux du moins, car deux des plus gros, fort adhérents aux parois, durent être refoulés vers l'incision uréthrale par un doigt introduit dans le rectum.

L'opération était terminée ; la cavité fut lavée avec une solution phéniquée ; une sonde fut mise à demeure à cause du rétrécissement incisé. La cicatrisation fut rapide, et un mois ne s'était pas écoulé que le malade regagnait sa demeure et reprenait ses occupations. La miction est devenue régulière et le coït est désormais normal.

Voici, messieurs, la plus grande quantité des calculs extraits de la poche. Vous pouvez constater leur volume et leur forme, leurs diverses faces qui se juxtaposent et se correspondent étroitement. Leur poids total était de 52 grammes. Leur examen chimique, pratiqué par M. Dufour, au laboratoire de la Charité, prouve qu'ils contiennent 47 parties de phosphate de chaux, 15 de phosphate ammoniaco-magnésien, 7 de carbonate de chaux 25 d'eau et 6 d'acide

urique. Il s'agit donc, selon toute probabilité, de petits noyaux d'acide urique venus du rein, arrêtés par le rétrécissement et grossis par la précipitation de phosphates en couches concentriques.

Cette observation, messieurs, ne soulève aucun problème nouveau; ces cas de calculs uréthriques ne sont pas très rares; nos bulletins en contiennent de nombreux exemples; nous en trouvons signalés dans tous nos livres classiques, et dans le seul traité de Thompson, nous trouvons plus de vingt faits des plus remarquables où le nombre des calculs variait de 1 à 100; leur poids a, dans un de ces faits, dépassé 105 grammes.

Le mode d'observation varie beaucoup suivant les cas; mais dans celui qui nous occupe, la masse calculeuse ne pouvait être abordée que par la taille périnéale. Aussi félicitons-nous notre confrère de la conduite qu'il a tenue et du beau succès qui a couronné son intervention. En conséquence, nous vous proposons de remercier le Dr Bentex, de déposer son observation dans nos archives et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions proposées par M. Reclus sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malades.

M. Poulet présente un malade auquel il a pratiqué l'opération de la *pleurectomie* pour tenter la guérison d'un empyème chronique consécutif à une pleurésie tuberculeuse. Après avoir réséqué cinq fragments de côte, de la 4e à la 9e, sur une étendue variant de 0m,7 à 0m,13, la cavité pleurale a été largement ouverte et les deux feuillets de la plèvre grattés à la curette tranchante. La réunion primitive des lambeaux cutanés et musculaires fut obtenue, et depuis trois mois la cavité s'est très notablement rétrécie; mais il persiste une fistule tuberculeuse qui donne encore 30 à 40 grammes de pus séreux par jour. Malgré une amélioration de l'état très sensible de l'état général, la cicatrisation n'est pas encore définitive.

M. Théophile Anger présente un jeune homme de 17 ans, atteint d'un *genu-valgum double*. Jusqu'à 16 ans ce jeune homme, qui est grand, fort, bien constitué, n'avait jamais été malade. Les genoux ont commencé à se dévier au mois d'avril 1884. Lorsque ce malade entra à l'hôpital Cochin, le 19 mai 1885, on notait 35 centimètres d'écartement entre les malléoles. Je l'opérai le 28 mai avec l'appareil de M. Collin. L'opération ne présenta aucun incident digne d'être noté.

Les deux membres furent placés aussitôt dans deux gouttières plâtrées.

Il ne survint aucun incident dans le genou gauche : à droite, la pression de l'instrument avait déterminé une contusion assez violente des parties molles. Un instant, on put craindre un peu de sphacèle.

Le 40e jour, on crut la solidification assez avancée pour enlever les appareils. En transportant le malade au bain, le cal de la cuisse droite se rompit, et il fallut remettre ce membre dans un appareil.

Le malade sortit de l'hôpital le 14 septembre.

La guérison ne laisse rien à désirer.

Discussion.

M. Delens fait remarquer que la pression produite par l'appareil ostéoclaste a déterminé une eschare : il a fait trois fois la même opération à l'aide de la machine de M. Collin sans avoir cet accident, et tout récemment il a été obligé d'avoir recours à l'ostéoclasie chez un malade auquel il avait déjà fait subir l'ostéotomie.

M. Gillette dit qu'il a pratiqué deux fois l'ostéoclasie avec l'appareil Collin sans avoir d'accident et avec résultat complet. — Sur un des deux malades qui a été présenté à la Société, la pression de la pelote n'a pas occasionné d'eschare, mais une sorte d'anémie localisée et momentanée de la peau, comme si cette région avait été soumise au jet d'éther de l'appareil Richardson.

M. Duplay a vu des résultats, fournis par l'ostéoclasie, tellement détestables, qu'il a presque renoncé complètement à la pratique de cette opération pour s'en tenir à l'ostéotomie.

M. Théophile Anger. Il y a bien un point où il existe une petite cicatrice mais il n'y a eu chez mon malade ni eschare ni élimination d'eschare.

Présentation de pièce pathologique.

M. Gillette présente un énorme *molluscum pendulum* de la grande lèvre vulvaire droite d'une jeune femme opérée par lui, et au sujet duquel il dépose la note suivante :

La tumeur bénigne, dite *molluscum pendulum*, dépendant des organes génitaux externes de la femme n'est pas très fréquente, car nous n'avons guère retrouvé dans la science que dix ou douze cas de ce genre.

En 1883, j'opérais dans mon service de Tenon une femme de

43 ans, qui portait depuis quatorze mois à peine (ce qui est assez rare, car le développement de ces néoplasmes n'est pas en général rapide) un molluscum cylindro-conique de la grosseur d'une petite poire, dont le pédicule, gros comme le petit doigt, tenait à la grande lèvre du côté droit, et qui présentait, au point culminant de sa grosse extrémité, une ulcération résultant des frottements répétés des cuisses sur la tumeur. — On en retrouvera le dessin et la description dans la nouvelle édition de *Pathologie* de Nélaton[1]. En 1883 également, Marsan publiait un exemple de même nature[2]. Le fait dont j'ai l'honneur aujourd'hui de présenter la pièce anatomo-pathologique à la Société m'a paru assez curieux et digne d'être relaté dans ses détails.

Il s'agissait d'un *énorme molluscum pendulum des parties génitales externes chez une femme enceinte de cinq mois.*

Agée de 22 ans, cette femme avait vu se développer sa tumeur sous forme de tubercule légèrement rugueux, il y a à peu près 12 ou 15 ans, peut-être davantage; mais elle m'affirma qu'en naissant elle n'en portait aucune trace, au dire de ses parents. Cette petite bosselure augmenta peu à peu de volume et s'allongea; mais comme elle n'éprouvait aucune douleur et très peu de gêne, elle ne s'en inquiéta pas. Il y a huit mois, elle se maria à un pâtissier, devint enceinte trois mois après, et c'est depuis cette époque, c'est-à-dire depuis cinq mois, que cette tumeur a pris subitement un accroissement rapide, et en est arrivée aujourd'hui à avoir le volume qu'elle présente et à développer certains accidents d'autant plus fâcheux qu'il y a grossesse.

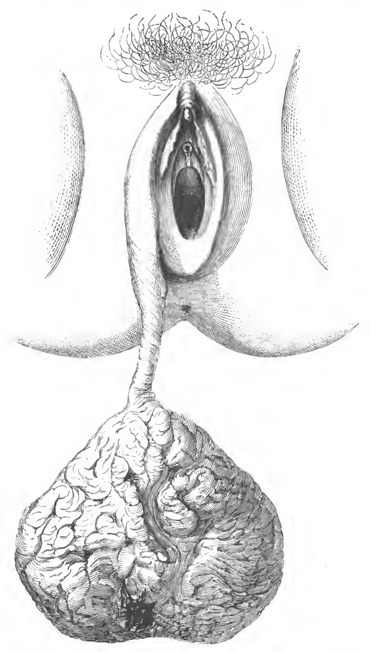
Lorsque j'examinai cette femme dans mon cabinet en présence de son mari, très étonné, car il m'affirma n'avoir jamais rien constaté d'anormal chez sa femme, je découvris immédiatement une masse énorme pendant entre les cuisses, molle, d'un blanc rosé, un peu irrégulière, du volume et de la forme d'une très grosse poire, dite *duchesse*, et attenant à un long pédicule de la dimension d'un doigt, semblant continuer en haut la grande lèvre droite. La hauteur totale de ce molluscum est de 28 centimètres, qui se répartissent ainsi :

Pédicule...........	8	centimètres.
Corps de la tumeur.	20	—
Circonférence......	22	—

[1] Affections de la vulve (tumeurs non inflammatoires de la vulve), ch. XVIII, art. 5, § 5 (*Éléments de pathologie chirurgicale*, par A. Nélaton, 2e édition; t. VI, revu par MM. les Drs A. Desprès, P. Gillette et Horteloup, 1885).

[2] *Progrès médical*, n° 17, 1883.

La gêne que déterminait cette masse était très grande par suite



de son volume et de son poids. La malade éprouvait des tiraille-

ments, des douleurs dans toute la zone valvaire et même dans la région des lombes, surtout quand elle se tenait dans la station verticale et qu'elle se livrait à des promenades un peu longues.— Un phénomène, sur lequel j'appelle ici l'attention d'une manière toute spéciale, est l'état d'érétisme et de contracture (vaginisme) dans lequel se trouvait le conduit vaginal : les approches sexuelles étaient très douloureuses, impossibles même, et je ne pus arriver même à introduire dans le canal l'extrémité de l'index, tant la malade souffrait et poussait des cris. De plus, il existait au point culminant central inférieur une espèce d'ombilic large et assez profond où la tumeur s'était ulcérée et avait pris, par suite de petits saignements répétés, une coloration d'un noir foncé : le rapprochement et les frottements répétés des parties internes des cuisses sur la tumeur n'étaient pas étrangers au développement de cette ulcération.

Malgré l'état de grossesse de cette personne, je jugeai, en raison des phénomènes sus-indiqués, opportun de la débarrasser de cette masse, qui certainement pouvait déterminer par elle-même l'avortement.

L'opération fut simple : je dessinai et disséquai, à droite et à gauche du gros pédicule, un petit lambeau de façon à les adosser tous les deux et à les suturer avec des fils de Florence pour reconstituer la grande lèvre droite après la section du pédicule : ce dernier fut perforé très haut par l'aiguille de Reverdin, portant un double gros fil de catgut dont chacune des anses embrassa et serra fortement chaque moitié. L'écoulement du sang avait été médiocre. Aucun accident ne survint, et quatre jours après il y avait réunion par première intention des deux petits lambeaux en question.

Les parois de ce gros molluscum étaient très épaisses et très œdématiées; la tumeur, composée de faisceaux de tissu conjonctif entre-croisés, contenait une quantité de vaisseaux considérables et même assez volumineux. L'histologie y a démontré seulement les éléments du tissu lamineux, cellules plates et cellules de récente formation.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

P. GILLETTE.

Séance du 28 octobre 1885.

Présidence de M. S. Duplay.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le trente-cinquième volume des *Transactions of the pathological Society of London* (1884) ;

3° Le soixante-septième volume des *Medico-chirurgical transactions of the royal medical and chirurgical Society of London* (1884) ;

4° *Contribuzione alla patologia e terapia delle inversione uterine*, par le Dr Francesco Trombetta ; — *Contribuzione alla patologia e terapia delle ernie e del grosso intestino ;* — *Di un nuovo metodo di rinoplastia parziale*, etc., par le même ;

5° M. le Dr O.-D. Phélippot, ex-interne des hôpitaux de Bordeaux, envoie, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *Résultats tardifs des désarticulations partielles du pied* (Inscrit pour le prix Duval) ;

6° *Résection et suture du nerf médian*, par le Dr Surmay (de Ham), membre correspondant ;

7° Un mémoire pour le concours du prix Demarquay, avec cette épigraphe : Toutes les diathèses, et aussi un grand nombre d'états constitutionnels passagers ont une prédilection marquée pour les tissus articulaires... (Inscrit sous le n° 1) ;

8° Un mémoire pour le prix Demarquay, avec cette épigraphe : Si l'histoire des luxations traumatiques est à peu près complète, il n'en est pas de même pour les luxations pathologiques, dont l'étude laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport des causes et du mode de production (Verneuil, inscrit sous le n° 2) ;

9° *Ablation au sein droit d'une tumeur adénoïde ; emploi com-*

biné de l'hydrate de chloral, du chlorhydrate de morphine et du chlorhydrate de cocaïne, par M. le Dr Gendron (de Paris) (Commissaire : M. Trélat);

10° *Extraction d'une balle de revolver aplatie sur la racine longitudinale de l'apophyse zygomatique*, par le Dr Gendron (Commissaire : M. Trélat);

11° *Nouvelle observation de nombreux fragments de verre introduits dans l'orbite*, par le Dr Baudry (de Lille) (Commission : MM. Desprès, Bouilly, Le Dentu, rapporteur);

12° *A propos d'une observation de chondromo du calcanéum*, par le Dr Jeannel (de Toulouse). — Article Cou, maladies chirurgicales (Extrait de l'*Encyclopédie de chirurgie*), par le même;

13° *Observation de guérison durable de prolapsus utérin par la kolpo-périnéorrhaphie*, etc., par le Dr Bruch, professeur à l'École d'Alger.

M. le Président déclare une place vacante de membre titulaire. Les chirurgiens ayant l'intention de se porter comme candidats ont un mois pour faire acte de candidature.

M. Duménil (de Rouen), membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Desprès dépose sur le bureau une note intitulée :

Calendrier des érysipèles (salles Saint-Jean et Sainte-Rose, hôpital de la Charité, 1885).

M. Desprès. Je livre à mes collègues, pour qu'ils y découvrent la contagiosité de l'érysipèle, les faits de mon service. Cette année, j'ai eu six érysipèles venus du dehors, et cinq développés dans les salles.

1° *Salle des hommes.*

I

1er érysipèle insignifiant du médius ne s'étendant pas au delà de la main le 19 janvier. Malade venu du dehors avec son érysipèle, qui guérit en cinq jours.

II

2e érysipèle, le 13 février. Malade entré avec une fracture comminutive de la branche montante du maxillaire inférieur. Érysipèle développé dans la salle.

III

3e érysipèle, le 29 mars. Malade atteint d'éléphantiasis des deux jambes avec angioleucite profonde. Poussées successives d'érysipèle sur les jambes avant l'entrée du malade, le jour de son entrée et après. Malade mort d'œdème de la glotte après trachéotomie.

Du 19 janvier au 22 avril il y a eu, pendant ce temps, les opérations suivantes dans la salle des hommes : 1 gros kyste sébacé du cou, ablation avec le bistouri. — 1 amputation de la verge. — 1 exostose du sinus maxillaire, ablation de la moitié du maxillaire supérieur. — Ablation d'hémorrhoïdes par l'écraseur linéaire. — Deux fractures compliquées de plaie des deux jambes. — Pas un seul des opérés n'a eu d'érysipèle; je ne parle pas des fistules à l'anus, phimosis, extraction de séquestre, etc., où aucun érysipèle n'a été observé.

Du 22 avril au 1er septembre il n'y a pas eu d'érysipèle sur sept grands opérés : castration, sarcome du tronc, fibromes multiples du bras, uréthrotomie externe, résection des os et des névromes d'un moignon conique. Tous les malades ont guéri sans complication.

Une amputation de cuisse traumatique. Mort du choc en vingt-quatre heures.

Pendant ce laps de temps il y avait, dans la salle des femmes, deux érysipèles qui n'ont pas été transmis, du reste, aux femmes malades.

IV

6 *octobre*. Malade opéré à la consultation d'un kyste sébacé du cou. Entrée à l'hôpital avec un abcès du cou, et menacée d'érysipèle qui se confirme le 6 octobre. Guéri le 18 octobre. Cas intérieur.

V

8 *octobre*. Érysipèle bénin du cou et des joues. Malade ayant tenté de se couper le cou. Suture des plaies irrégulieres. Érysipèle d'une durée de huit jours. Cas intérieur. Malade cachectique ayant eu six jours avant son érysipèle une myosite infectieuse du mollet. Malade aujourd'hui en voie de guérison. Cas intérieur.

Il y avait donc, dans la salle des hommes, du 5 au 19 octobre, deux érysipèles. Voici ce qu'il y avait alors de blessés et d'opérés près de ces deux malades :

Pendant les mois de septembre et octobre, il a été pratiqué dans la salle des hommes sept grandes opérations, et des érysipèles sont survenus dans la salle pendant que les opérés étaient en état de recevoir la prétendue contagion de l'érysipèle :

1 taille périnéale, 1 amputation de cuisse pour traumatisme du pied et de la jambe, 1 plaie par arrachement de la peau de la totalité de la face dorsale de la main et des doigts, 1 contraction pour inclusion scrotale, 1 ablation de cancroïde de l'orbite, 1 résection du maxillaire supérieur pour chondro-sarcome de cet os. Aucun malade n'a eu d'érysipèle; les malades sont guéris ou en bonne voie de guérison.

1 amputé de cuisse pour sarcome gangrené du genou avec septicémie a été opéré et est mort le quatorzième jour avec une infection purulente.

2° *Salle des femmes.*

I

10 *avril.* Malade entrée depuis deux jours pour une loupe ulcérée du cuir chevelu. Lavage de la loupe. Érysipèle phlycténoïde de la face guéri. Cas intérieur. Durée : neuf jours.

II

9 *juin.* Érysipèle né autour d'une eschare à la région sacrée, étendu à tout le corps, d'une durée de quatre semaines. Abcès consécutifs. La malade ne se levait pas, était alitée depuis plus de six mois dans le service. Guérison lente. La malade a des abcès qui suppurent encore aujourd'hui 28 octobre.

III

24 *juin.* Angioleucite de la jambe. Phlegmon diffus. Malade goutteuse, morte. Néphrite interstitielle double.

IV

25 *juillet.* Érysipèle de la face et du cuir chevelu. Venue du dehors et acceptée néanmoins dans le service. Guérie le 6 août.

Du 1er avril au 6 août il a été pratiqué, dans la salle des femmes, six grandes opérations. Je ne compte ni les ouvertures d'abcès du sein qui n'ont point donné lieu à l'érysipèle, ni les ongles incarnés, ni les fistules à l'anus : 2 amputations du sein avec ablation de ganglions, 1 amputation des deux seins le même jour, 1 ablation de lipome du cou, du volume d'une tête d'adulte; toutes guéries; 1 kélotomie; guérison de l'opération; morte de perforation intestinale, suite d'indigestion. Cinq semaines après l'opération, une autre kélotomie; morte de péritonite en vingt-quatre heures. Pas la moindre trace d'érysipèle chez ces malades.

V

4 *septembre*. Érysipèle de la face et du cuir chevelu. Malade entrée avec son érysipèle. Guérison en dix jours.

VI

12 *octobre*. Malade atteinte de fracture de l'extrémité inférieure du radius. Traitée à la consultation. Reçue dans la salle avec son érysipèle, malgré le nombre des opérées récentes. Guérie en sept jours.

Du 1er septembre jusqu'à ce jour, pendant qu'il est entré successivement deux érysipèles dans la salle, il y avait deux malades opérées, et il a été pratiqué trois opérations sérieuses. La malade opérée du gros lipome du cou, dont la plaie n'était pas encore fermée, et une amputée de l'avant-bras en voie de guérison. Les trois opérées étaient : 1 lipome de la région scapulaire, du volume d'une tête d'enfant ; 1 lipome du moignon de l'épaule ; 1 ablation d'un cancer au sein, compliqué d'abcès sous-mammaire. Pas une n'a présenté la moindre menace d'érysipèle. Il y a, en outre, une malade atteinte de plaie contuse étoilée de la région frontale, à côté de laquelle a été placée la dernière malade entrée avec un érysipèle. Mais la plaie est pansée avec le pansement qui tient et réussit le mieux, un cataplasme, et elle n'a pas pris d'érysipèle.

Rapport.

Observations d'arthrite blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire droite, par M. Bousquet, professeur agrégé au Val-de-Grâce,

Par M. Horteloup.

Messieurs, dans la séance du 22 août 1885, M. Bousquet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, vous a communiqué deux observations d'arthrite blennorhagique dont vous avez chargé de vous rendre compte une commission composée de MM. Sée, Nicaise et Horteloup, rapporteur.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 23 ans, caporal au 41e de ligne, entré, le 22 janvier 1885, pour une douleur excessivement vive de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Cet homme, atteint d'une blennorrhagie franchement aiguë depuis un mois, a été pris subitement, dans la nuit du 18 janvier,

d'une intense douleur au tiers interne de la clavicule, rendant presque impossibles les mouvements. M. Bousquet constata une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse à la pression, qui, partant du tiers interne de la clavicule droite, dépassait notablement l'interligne articulaire, et s'étendait en haut et en bas dans les creux sus- et sous-claviculaires. Le moindre mouvement occasionnait de vives souffrances. L'état général était grave, 115 pulsations, 39°,4 le soir, la langue est blanche; embarras gastrique prononcé.

Dans les antécédents du malade, pas de manifestations rhumatismales. M. Bousquet porta le diagnostic d'arthrique blennorhagique.

Le bras est immobilisé avec grand soin; toute la partie malade est enduite d'un liniment chloroformé et couverte d'ouate.

Sous l'influence de l'immobilisation, les accidents s'amendèrent rapidement, et, le 27 janvier, la souffrance est peu vive, la pression du doigt ne la réveille plus qu'au niveau de l'interligne sterno-claviculaire.

Le 28 janvier, le malade se plaint à la visite d'une douleur survenue, dans la nuit, à la racine du membre inférieur droit. En examinant avec soin le malade, M. Bousquet reconnaît que l'articulation coxo-fémorale est intacte et que la douleur doit siéger dans une des bourses séreuses péri-articulaires. Vingt-quatre heures plus tard, les mêmes phénomènes se produisent identiquement du côté opposé.

Les douleurs des membres inférieurs persistèrent une dizaine do jours, pendant lesquels les accidents de l'arthrite sterno-claviculaire diminuèrent insensiblement.

Le 10 février, les mouvements furent encore impossibles, l'état général était excellent et on pouvait considérer le malade comme guéri, lorsque, le 12 février, on constate une nouvelle poussée du côté de l'articulation sterno-claviculaire : la peau est chaude, rouge, elle semble soulevée par une collection liquide.

Le bras est replacé dans un appareil, et M. Bousquet fait, sur la partie douloureuse, un semis de pointes de feu avec le thermocautère.

A partir de ce moment, les accidents s'amendèrent rapidement et il n'y eut plus de rechute. Deux instillations au nitrate d'argent suffirent pour sécher le canal de l'urèthre, et, le 21 mars, le malade sortait complètement guéri de l'hôpital.

L'observation de M. Bousquet est fort intéressante, car elle nous donne un tableau très net de l'arthrite aiguë survenant sous l'influence de la blennorrhagie.

Depuis l'époque où Swediaur décrivit la tumeur du genou survenant pendant ou à la suite de la blennorrhagie syphilitique, de

nombreux travaux, parus sur cette question, ont permis d'établir que la blennorrhagie pouvait avoir sur les articulations des manifestations se présentant sous la forme d'arthralgie, d'hydarthrose ou de fluxion pseudo-rhumatismale. Si tous les auteurs qui étudièrent ce sujet, et Ricord en première ligne, établirent que l'hydarthrose ou la fluxion pseudo-rhumatismale étaient les formes les plus fréquentes, ils eurent soin de faire remarquer que, quelquefois, les accidents articulaires présentaient une intensité telle qu'on aurait pu les confondre avec l'arthrite traumatique. Mais comme cet état aigu durait peu, s'atténuait rapidement, on considérait cette forme arthritique, comme une exception, et aucune description n'existait dans les livres classiques.

Ce fut M. Duplay qui appela l'attention sur cette arthrite aiguë blennorrhagique, et, sous son inspiration, son interne, M. Brun, notre sympathique nouveau collègue des hôpitaux, en présenta, dans sa thèse, une histoire détaillée.

MM. Duplay et Brun montrèrent que cette arthrite est plus fré quente qu'on ne le supposait ; ils mirent bien nettement en évidence que les symptômes locaux : douleur, tuméfaction, rougeur, déformation, avaient un caractère différent de l'arthrite rhumatismale ; ils insistèrent sur la gravité du pronostic de l'arthrite, qui peut se terminer soit par ankylose, soit par destruction de l'articulation. Quant au traitement, ils montrèrent que l'indication thérapeutique qui s'impose est l'immobilisation complète et immédiate du membre.

Dans l'observation de M. Bousquet, on peut nettement constater l'importance de cette indication.

Si, dans la majorité des cas d'arthrite blennorrhagique, le début présente cette forme brutale que M. Bousquet a constatée chez son malade, il peut cependant avoir une allure plus lente, quoique le processus destructif n'en soit pas moins très rapide.

Ainsi, dans la deuxième observation que vous a lue M. Bousquet, il s'agit d'un homme de 27 ans, atteint de blennorrhagie depuis un mois, qui vit se développer, au niveau de la partie interne de la clavicule, une tuméfaction douloureuse ne s'étendant pas jusqu'à l'articulation ; il n'y avait pas de phénomènes fébriles, pas de réaction générale. Le chef de service crut à une ostéopériostite.

Les accidents avaient débuté le 23 juin 1884, et, le 1er juillet, on constatait que l'articulation sterno-claviculaire était envahie, la région chaude, douloureuse, et lorsqu'on imprimait un léger mouvement à l'articulation, le malade se plaignait de violentes douleurs. Le 2 juillet, huit jours après le début des accidents, on constatait une fluctuation manifeste, et une incision de 4 centimètres

à cheval sur l'interligne articulaire donnait issue à une cuillerée de pus dans lequel on reconnaissait le microbe caractéristique de la blennorrhagie.

Quelques jours après, la plaie était entièrement recouverte de bourgeons charnus, mollasses; la tête de la clavicule, notablement augmentée, douloureuse, était en partie subluxée sur le sternum ; les mouvements spontanés étaient impossibles, et lorsqu'on cherche à obtenir quelque mouvement, on détermine de la douleur. L'immobilité et la compression amenèrent la guérison de la plaie en quelques semaines; mais, au mois de mars 1885, sept mois après la guérison, on constatait encore un gonflement considérable de l'extrémité interne de la clavicule et de la portion correspondante du sternum. La clavicule présentait un diamètre de 3 centimètres et demi; elle était hérissée de saillies osseuses. La subluxation n'était pas réduite, et il ne se passait aucun mouvement dans l'articulation sterno-claviculaire.

Cette seconde observation est plus intéressante que la première, car d'abord elle vient confirmer, au point de vue du pronostic de l'arthrite blennorrhagique, l'opinion soutenue par M. Gosselin, que la terminaison par ankylose est surtout fréquente lorsque les symptômes articulaires s'accompagnent de gonflement notable des extrémités osseuses ; mais elle vient ajouter un nouvel exemple de suppuration dans le rhumatisme articulaire.

Il y a peu de temps encore, on admettait que le rhumatisme blennorrhagique ne suppurait pas; deux faits bien étudiés par MM. Fournier et Richet sont venus prouver que cette règle n'était point exacte, et je crois que l'observation recueillie par M. Bousquet peut en être considérée comme une nouvelle preuve. La présence, dans le pus qui fut extrait de l'articulation, du gonococcus ne peut pas laisser de doute à cet égard.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler la brillante discussion qui fut soulevée à la Société médicale des hôpitaux sur la nature du rhumatisme blennorrhagique; toutes les opinions y furent soutenues, mais sans qu'une seule parvînt à triompher, et M. Peter pouvait, en résumant la discussion, déclarer qu'il n'y avait eu « unamité que dans le désaccord ». — Aujourd'hui, la découverte du microbe de la blennorrhagie semble devoir ramener la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique vers la théorie de l'empoisonnement pyohémique soutenue par Lasègue, et permettre, comme l'a fait M. Bouchard, de rapprocher les arthropaties blennorrhagiques des arthrites infectieuses produites par des décharges de matières phlogogènes s'opérant par les jointures ; dans la blennorrhagie, la matière phlogogène serait le gonococcus.

Des faits bien observés ont démontré en effet que le gonococcus

passe dans le sang et se déverse dans les jointures. Plusieurs fois, dans mon service de l'hôpital du Midi, j'ai fait recueillir du liquide de vaginalite compliquant des épididymites blennorrhagiques, et, avec l'aide de notre savant confrère M. Jullien, nous avons pu vérifier la présence de gonococci.

La découverte du gonococcus a donné à l'histoire de la blennorrhagie une direction toute nouvelle. Elle ne peut pas cependant être considérée comme suffisante pour faire admettre que la blennorrhagie est une maladie virulente ne pouvant se développer que par le contact d'une autre blennorrhagie. Cette démonstration est toujours très difficile: car, dans la blennorrhagie, comme pour d'autres maladies dont la contagion n'est pas douteuse, on peut toujours se demander si une inflammation uréthrale, née sous l'influence de toutes autres causes, ne devient pas alors le point de départ de gonococci. Mais elle permet de donner une explication plus rationnelle des complications de la blennorrhagie.

Il y a quelques années, dans un mémoire très intéressant, M. Terrillon a cherché à appuyer par des preuves expérimentales la théorie qui explique l'épididymite blennorrhagique par la marche de l'inflammation uréthrale envahissant successivement la partie profonde de l'urèthre, le canal déférent et enfin l'épididyme. Mais, malgré la valeur de ces expériences, il est impossible d'accepter entièrement cette séduisante théorie, car elle ne peut s'appliquer à un grand nombre de faits observés par tous les vénéréologistes qui cherchaient à les expliquer par les métastases, par la sympathie, théories sans preuves, qui ne cachaient malheureusement que notre ignorance. La découverte du gonococcus, en démontrant la présence d'un agent capable d'expliquer l'infection, permet de rapprocher des arthropathies rhumatismales des complications telles que l'épididymite ou la cystite. Mais cette discussion demanderait des développements qui entraîneraient trop loin, et, pour en revenir aux arthrites blennorrhagiques, je ferai remarquer comme la théorie du pseudo-rhumatisme infectieux donne facilement l'explication des différentes formes d'arthropathie; que la poussée infectieuse soit légère, on verra survenir l'hydarthrose; qu'elle soit très violente, on observera l'arthrite aiguë avec toutes ses graves complications, dont notre collègue du Val-de-Grâce nous a fait connaître deux beaux exemples.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à M. Bousquet, et de déposer dans vos archives ses deux observations.

Discussion.

M. Després. Je désire rappeler ici que Cullerier, dans un mé-

moire déjà bien ancien, avait émis l'opinion que ces accidents d'arthrite, d'iritis etc., pouvaient être rattachés à un vice constitutionnel. En effet, certains observateurs ont bien cité des faits à l'appui de l'existence de l'arthrite blennorrhagique proprement dite, mais, par contre, il en est aussi beaucoup d'autres qui ont défendu la thèse diamétralement opposée et ont toujours rencontré chez les malades en question un état rhumatismal antérieur.

Je me rattache pour ma part à cette dernière opinion, et crois que l'arthrite blennorrhagique doit être plus souvent considérée comme un rhumatisme réveillé par la blennorrhagie.

M. Horteloup. Un malade rhumatisant a grande chance certainement d'avoir une arthrite, mais cette dernière affection peut aussi survenir sans qu'elle soit directement sous l'influence de la diathèse en question.

M. Terrier. On ne saurait révoquer en doute la nature infectieuse de l'arthrite blennorrhagique, car elle est prouvée par l'existence du microbe ; l'inoculation du pus blennorrhagique sur l'œil, par exemple, peut parfaitement déterminer l'arthrite blennorrhagique.

M. Verneuil. M. Horteloup aurait pu dire même que toutes les maladies infectieuses ont des manifestations arthritiques ou plutôt réveillent ces manifestations.

M. Horteloup. Je n'ai pas voulu entrer, à cet égard, dans de plus longs détails, mais puisque M. Verneuil rappelle la virulence marquée de l'affection actuelle, je dirai que dans la nouvelle édition de *Chirurgie* de Nélaton j'ai rapporté l'histoire d'un enfant de 8 ans, atteint de scarlatine, qui eut, dans le cours de cette maladie, une vaginalite avec épanchement considérable dans la séreuse, absolument comme un sujet affecté de blennorrhagie.

Les conclusions posées par M. Horteloup à la fin de son rapport sont adoptées.

Communication.

M. Duménil (de Rouen) communique une observation intitulée :

Gangrène du membre inférieur par athérome artériel. — Amputation sous-périostée de la cuisse après une première amputation de la jambe, ostéophyte du moignon. — Mort par hémorrhagie artérielle.

Observation. — Un homme d'une cinquantaine d'années entre à la clinique chirurgicale le 16 février 1885 pour une gangrène du membre

inférieur. Le malade, d'habitudes sobres, sans antécédents syphilitiques, sans diabète, n'accuse, comme antécédents morbides, qu'une fièvre intermittente contractée à Paris quarante ans auparavant; jamais, depuis lors, de retours d'accès. Les artères radiales sont athéromateuses, les fémorales présentent de la rigidité. Six semaines avant l'entrée du malade, un lourd fardeau qu'il portait a frappé sa jambe gauche et il est tombé sur la marche d'un escalier. Cet accident produisit à la face antérieure du membre, à son tiers inférieur, une plaie de 3 à 4 centimètres. Celle-ci fut pansée au diachylon. De la rougeur, de la tuméfaction et finalement du sphacèle suivirent de près l'accident.

La gangrène occupe la moitié inférieure de la jambe; elle présente les caractères de la gangrène sèche et est parfaitement limitée. Le malade, d'un teint pâle jaunâtre, est profondément débilité.

21 *février*. Amputation de la jambe au lieu d'élection par la méthode circulaire.

L'examen des artères de la jambe révèle une dégénérescence athéromateuse très avancée. La tibiale antérieure est complètement oblitérée en plusieurs endroits.

La gangrène détruisit rapidement la partie antérieure de la manchette et remonta jusqu'à la partie inférieure de l'articulation du genou. Du délire, de la prostration, compliquèrent ce grave état local. Le malade résista cependant, et, le 12 mars, l'élimination était complète. Malgré une vaste escharre du sacrum, apparue au commencement du mois, l'état général s'améliora rapidement, les forces revinrent avec de l'embonpoint et une tranquillité morale parfaite.

18 *mai*. Amputation de la cuisse au tiers inférieur par la méthode sous-périostée à lambeau antérieur, en détachant le périoste sur les côtés de la ligne âpre et le refoulant avec la couche musculaire profonde, à laquelle il reste fixé par sa face externe, selon le procédé de M. Nicaise. Le périoste est ensuite soigneusement étendu sur l'extrémité de l'os et fixé par deux points de suture au catgut. En choisissant la méthode sous-périostée, à côté de l'avantage de fermer le canal médullaire, je cherchais en même temps à ménager le plus de vaisseaux possible. Réunion et pansement de Lister.

Les suites immédiates de l'opération furent très simples : la température ne dépassa pas 38°,4 dans les premiers jours, et la réunion par première intention se fit dans la plus grande partie du moignon.

Le 20 juin la cicatrisation était complète, sauf au côté interne, où il restait une surface fongueuse sous laquelle l'extrémité de l'artère battait fréquemment.

Le 8 juillet une première hémorrhagie se fit sur ce point; arrêtée par la compression et le perchlorure de fer, elle se reproduisit le 12, puis le 18 et les jours suivants.

Le 21, ligature de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. Mort, le 24, avec les symptômes d'une anémie profonde, sans production de nouvelles hémorrhagies, deux mois environ après l'amputation de la cuisse.

A l'autopsie, je trouvai l'artère fémorale oblitérée par un caillot fibri-

neux très complet et très solide, dans une étendue de 3 centimètres, mais seulement à partir de 2 centimètres de sa section ; l'extrémité inférieure, ulcérée au niveau de la plaie fongueuse que j'ai signalée au côté interne du moignon, était vide, et les hémorrhagies s'étaient produites par une collatérale qui s'abouchait dans ce bout de l'artère.

L'extrémité du fémur était bien matelassée par les parties molles, fortement adhérentes à l'os. La surface de section du fémur est recouverte par un tissu compact très dense, mais le canal médullaire n'est pas complètement fermé ; il reste au centre une ouverture de 4 millimètres. En arrière se détache de la ligne âpre un ostéophyte qui, implanté par une base assez mince, s'étale en manière de champignon ; il fait entièrement corps avec le fémur, mesure 2 centimètres en saillie sur l'os, 4 centimètres en épaisseur transversale et 2 centimètres et demi en hauteur ; il est formé d'un tissu très dense et est recouvert par les parties molles de la face postérieure du moignon, qui y adhèrent fortement.

Discussion.

M. Le Dentu. Je n'ai pas l'expérience des amputations sous-périostées chez l'adulte, mais je crois pouvoir affirmer que c'est une mauvaise méthode lorsqu'il s'agit d'un enfant. Ayant pratiqué une opération de cette nature, j'ai eu comme résultat une hypertrophie telle du moignon, que je dus réamputer le malade un peu plus haut. Ce matin, dans une amputation que j'ai pratiquée sur un adulte, j'ai taillé un long lambeau périostique ; j'attends le résultat, mais je ne sais si je continuerai à adopter cette manière de faire.

M. Trélat. La question est encore douteuse ; c'est l'avenir qui la résoudra et décidera s'il y a lieu de conserver, oui ou non, un manchon périostique dans les amputations.

Depuis longtemps je ne taille pas, mais je forme un cylindre périostique pour deux raisons : mieux recouvrir, mieux ensevelir la surface de section du squelette, conserver d'une façon plus intime les connexions de la section osseuse avec les chairs environnantes ; or, je n'ai jamais observé l'inconvénient que M. Duménil vient de nous signaler. D'ailleurs, en examinant la pièce qu'il nous a présentée, je ne trouve pas qu'elle soit aussi démonstrative que l'on pourrait le croire contre la conservation du périoste.

Vous pouvez voir, en effet, que les ostéophytes ne siègent pas sur la surface de section de l'os, mais bien à la périphérie de cet os. Dans ces conditions, il me paraît bien difficile d'admettre que ces ostéophytes soient produits par le manchon périostique conservé et appliqué sur le canal médullaire. Je crois plutôt qu'ils ont été produits par le périoste entourant l'os, qui aurait été décollé plus ou moins haut au moment de l'opération, et qui a végété.

Ce n'est pas à l'extrémité, mais à la partie postérieure, c'est-à-dire au niveau de la ligne âpre, que se sont formés les ostéophytes; leur cause devrait donc être attribuée plutôt à un mauvais travail de réparation et à la suppuration du moignon.

M. Verneuil. Je n'ai jamais fait d'amputation sous-périostée, et je dois dire que je n'ai jamais vu d'ostéophytes aussi développés que ceux de la pièce de M. Duménil. En conséquence, je ne serais pas éloigné, moi aussi, d'attribuer la présence de ces productions à la conservation d'un manchon périostique.

Cette observation fournit une nouvelle preuve de la gravité des opérations pratiquées chez les anciens paludiques, et de la fréquence chez ces derniers des gangrènes et des hémorrhagies.

M. Després. Un autre enseignement nous est fourni par la pièce de M. Duménil. Notre collègue s'est placé ici dans des conditions blâmées par Bérard. Il a amputé la jambe, puis il a été obligé de remonter plus haut et de couper la cuisse. Lorsqu'on a affaire à une gangrène du pied, si on veut avoir recours à une opération, on ne doit pas marchander, et on doit toujours amputer d'emblée, non pas la jambe, mais bien la cuisse. Agir autrement, c'est s'exposer à faire une seconde amputation, comme cela est arrivé à M. Duménil.

M. Duménil. Les objections produites par M. Trélat, je me les suis faites; aussi n'ai-je présenté ma pièce qu'avec certaines réserves. Le décollement du périoste a été nul et le moignon n'a pas suppuré, puisque la réunion immédiate a été obtenue d'emblée sur les trois quarts de la surface sectionnée.

Je crois que l'on peut fort bien se borner à amputer la jambe lorsque la gangrène n'est pas très étendue. En ce qui concerne mon cas particulier, si j'ai eu une gangrène du moignon, je crois devoir l'attribuer à ce que j'ai mis en usage la méthode circulaire. La peau avait une grande minceur, et c'est là que s'est produit la gangrène. Si je me trouvais à nouveau en présence d'un cas analogue, j'aurais recours à l'amputation à lambeau, le lambeau externe, par exemple.

Lecture.

M. Larger lit un travail intitulé :

Étiologie du tétanos.

Dans l'article Tétanos du *Dict. de Jaccoud,* notre éminent collègue M. Poncet s'exprime ainsi :

« Il n'existe peut-être pas d'affection qui démontre mieux que le tétanos la faiblesse et l'impuissance des recherches dans toutes les parties de l'art de guérir. »

Cette assertion ne sera certainement contredite par aucun membre de cette Société, où, tout en constatant les importants résultats thérapeutiques obtenus par M. Verneuil, la question du tétanos paraît avoir, sinon découragé toutes recherches, du moins lassé tout effort de nouvelle discussion.

Je suis évidemment le dernier ici auquel il appartienne de remettre sur le tapis un sujet aussi complètement épuisé par vous, et je me trouverais tout à fait sans excuse d'oser y prétendre si, par l'effet d'un pur hasard, je n'avais été mis sur la trace de faits qui m'ont paru jeter sur l'étiologie si obscure — ou mieux, si complètement ignorée — du tétanos quelques lueurs dont vous allez vous-mêmes apprécier l'importance.

Voici d'abord l'observation qui a servi de point de départ à mes recherches :

Observation. — Le 22 février 1885, je fus appelé en consultation avec M. le Dr Labarrière, de Poissy, auprès d'une dame P..., âgée de 50 ans, de constitution robuste, sans antécédents nerveux ou pathologiques, et habitant Achères.

Le Dr Labarrière m'apprend que le 15 février il vit pour la première fois Mme P... Il la trouva avec une constipation datant de trois ou quatre jours, des douleurs de ventre atroces, la paroi abdominale très dure, très tendue, pas de trismus, à ce que rapporte son médecin ; mais en interrogeant moi-même, j'apprends que la malade éprouvait depuis plusieurs jours une grande difficulté à séparer ses mâchoires, et qu'elle se plaignait d'une douleur au niveau des masséters ; en même temps, contracture des muscles de la face et de l'orbite, la faisant grimacer.

Le médecin, qui ne songeait nullement alors au tétanos, prescrivit un lavement purgatif et une purgation pour le lendemain : l'un et l'autre amenèrent des évacuations abondantes.

Le lendemain, la malade va sensiblement mieux.

Les deux jours suivants, il se manifeste de la raideur dans les muscles adducteurs de la cuisse droite.

Le 18, les adducteurs de la cuisse gauche sont pris, mais beaucoup moins que ceux de droite : les convulsions qui se produisent dans les parties atteintes, en la présence du docteur Labarrière, lui font poser le diagnostic du « tétanos *spontané* », l'affection ne pouvant se rattacher, d'après notre confrère, à aucun traumatisme récent.

Potion morphinée avec 4 grammes de chloral à prendre en vingt-quatre heures.

Le lendemain, 19 février, la malade a moins souffert, mais les muscles extenseurs des deux membres inférieurs se prennent. On ajoute 1 gramme de chloral à la potion, que l'on continue à administrer

régulièrement tous les jours jusqu'au 22 février, jour auquel je vis la malade pour la première fois.

Je trouvai celle-ci couchée dans son lit, le cou, le tronc et les jambes raides ; léger trismus gênant la parole et la mastication, mais permettant néanmoins l'alimentation. Température, 38° ; pouls à 90 ; respiration régulière. La malade dit qu'elle souffre moins qu'au début, et qu'en dehors de ses crises, lesquelles se renouvellent trois ou quatre fois seulement dans les vingt-quatre heures, elle éprouve même un sentiment de bien-être. Pendant les crises, dont aucune ne se produit devant nous, la malade est en opisthotonos complet, ainsi que l'a observé son médecin.

Je ne pouvais que confirmer le diagnostic « tétanos » ; mais ce qui me paraissait plus difficile à admettre, c'était la production *spontanée* de ce tétanos — dans nos climats, du moins, où il est extrêmement rare dans ces conditions, si même il y existe... Si je l'osais, je dirais que je ne crois pas plus à l'existence du *tétanos spontané* que je n'admets celle de la *rage spontanée*, l'*érysipèle spontané*, etc. Ajoutons que Mme P... ne s'était exposée à aucun refroidissement et ne savait à quelle cause attribuer sa maladie.

En allant aux renseignements, j'appris que la malade avait fait, le 5 octobre 1884, une chute violente sur le coude et la hanche. Cette chute avait déterminé une petite plaie superficielle au coude, avec large ecchymose de l'avant-bras. Quant à la hanche, il n'y avait eu que contusion, mais assez violente, paraît-il, pour que la malade en souffrît durant tout l'hiver et boitât encore au moment même où elle s'alita pour l'affection dont elle pâtit aujourd'hui.

Je n'hésitai pas, pour mon compte, à rattacher le tétanos à ce traumatisme, malgré le temps écoulé (quatre mois environ) depuis sa production. Dans mon esprit, je concevais l'analogie, déjà signalée par les anciens et naguère défendue par Roser, du tétanos et de la rage ; or, tout le monde connaît et admet la longue incubation que présente parfois le virus rabique. Pourquoi, me disais-je, n'en serait-il pas de même du virus tétanique, dont j'admettais alors l'existence très hypothétique, il est vrai, et avec beaucoup d'autres, mais à la réalité duquel virus les faits que je vais rapporter tout à l'heure donneront peut-être quelque poids. Je n'insisterai pas pour l'instant et continue l'histoire de la malade.

Le Dr Labarrière voulut bien accepter ma manière de voir, et, d'un commun accord, le diagnostic du « tétanos spontané » fut abandonné et remplacé par celui de « tétanos traumatique ». Le pronostic très réservé, évidemment, mais relativement favorable.

Le chloral fut continué à la dose quotidienne de 5 grammes; la morphine fut remplacée par le bromure de potassium (4 gr.).

Les jours suivants, les crises convulsives qui venaient s'ajouter à la contracture permanente des muscles atteints devinrent plus fréquentes, en même temps qu'elles diminuaient d'intensité.

Je revis Mme P... une quinzaine de jours après et constatai une notable amélioration de son état.

Peu à peu les muscles de la nuque devinrent libres, puis les sacro-lombaires, les muscles de l'abdomen et ceux des membres inférieurs. Ce sont les adducteurs des cuisses qui furent le plus tétanisés.

A dater du 8 mars, suppression du bromure et diminution progressive de la dose de chloral, définitivement arrêtée le 29 mars.

La constipation s'est maintenue pendant toute la durée de la maladie : trois ou quatre fois par semaine, on avait recours aux purgatifs salins, à l'huile de ricin ou aux lavements glycérinés.

Mme P... se lève pour la première fois le 21 mars, conserve pendant quelque temps une grande difficulté à marcher, mais la guérison ne tarde pas à devenir complète.

Réflexions. — J'ai voulu savoir dans quelles circonstances ce cas de tétanos avait pu se produire, en raison même de la rareté de cette affection dans la contrée. Voici ce que j'appris à ce sujet :

A Achères, c'est la première fois que, de mémoire d'homme, le tétanos s'observe chez un être humain; mais il n'en est pas de même chez les chevaux, dont quatre ont été atteints dans ces dernières années, d'après ce que m'ont rapporté des vétérinaires exerçant dans ce village.

Fait important à noter : sur ces quatre cas, deux se sont présentés successivement chez des chevaux appartenant à M. P..., mari de notre malade. Ces deux chevaux étaient logés dans une écurie contiguë à la maison d'habitation des époux P..., et c'est dans la cour même reliant l'écurie à la maison, et sur le sol de cette véritable cour de ferme, que la dame P... fit la chute dont il a été question. J'ajoute que le coude porta à nu sur le sol et s'y blessa avec solution de continuité à la peau.

Le premier cheval de M. P... mourut du tétanos en 1871; le deuxième en fut atteint en 1881 (c'est-à-dire dix ans après) et guérit. Depuis lors M. P..., sur les conseils du vétérinaire, M. Faucon (de Saint-Germain) abattit son écurie et en reconstruisit une autre; jusqu'à ce jour il n'y a pas eu de nouveau cas de tétanos chez les animaux qui l'habitent.

Tels sont les faits. Il me paraît difficile de ne voir là que des coïncidences fortuites. Je le pensais si peu, d'ailleurs, que je résolus de poursuivre mon enquête, et que j'interrogeai à cet effet les médecins et les vétérinaires pratiquant dans la région. Voici les résultats auxquels m'a conduit cette enquête. Je les donne sans longs commentaires, et en exprimant le regret de ne pouvoir présenter les observations détaillées. Pour plus de clarté, j'établirai deux divisions dans les faits recueillis, selon qu'ils se rapportent à l'*épidémicité* ou à la *contagiosité* du tétanos.

Épidémicité. — OBSERVATION I. — Au commencement d'avril 1881,

MM. les Drs Labarrière et Pineau observent un premier cas de tétanos chez un jeune homme de Carrières-sous-Poissy, âgé de 26 ans. Il était tombé de sa hauteur sur le sol et s'était fait à la face et au nez quelques plaies superficielles et insignifiantes. Ce jeune homme mourut en peu de jours à l'hôpital de Poissy, où il fut transporté, mais après que le tétanos eut été déclaré.

Obs. II. — Le 11 juillet de la même année, le Dr Labarrière voit un charretier qui avait eu, dans le même village, un écrasement des deux pieds sous les roues d'un tombereau. Ce malade entre à l'hôpital de Poissy aussitôt après l'accident; trois à quatre jours après son entrée se manifestent les premiers symptômes du tétanos.

Le traitement consista, comme pour le précédent et les suivants, en une dose quotidienne de 6 à 8 grammes de chloral, continuée jusqu'à guérison.

Ce malade guérit lentement et ne sortit de l'hôpital que le 5 décembre 1881.

Obs. III. — Le 6 novembre même année, troisième cas de tétanos à Carrières, chez une femme de 42 ans, survenant à la suite d'une plaie transversale de la cuisse. La malade fut traitée par le Dr Labarrière, et mourut en huit jours.

Obs. IV. — En janvier 1882, quatrième cas de tétanos suivi de mort, toujours dans le même village, chez une femme de 30 ans, à la suite de brûlures superficielles de la cuisse gauche (Drs Pineau et Labarrière).

Obs. V. — Enfin, en août 1883, cinquième et dernier cas de tétanos à Carrières-sous-Poissy, après une fracture avec plaie de l'avant-bras, chez une jeune garçon de 17 ans. Le malade mourut le lendemain du début du tétanos (Dr Doumie).

Les deux premiers malades furent soignés à l'hôpital de Poissy; les trois autres à domicile, c'est-à-dire à Carrières.

Ainsi, dans un petit village de 400 à 500 âmes environ, le tétanos éclate tout d'un coup sans qu'on sache comment ni pourquoi. En peu de temps, relativement, il fait cinq victimes habitant çà et là dans le village. Je me suis assuré auprès de nos confrères que ni antérieurement, ni postérieurement, d'autres cas de tétanos n'avaient été observés, soit à Carrières, soit dans les environs. Le tétanos n'est pas très rare chez les chevaux de la région, et les vétérinaires en soignent quelques cas disséminés dans les diverses localités de la contrée. Toutefois, à Carrières même, il ne s'en est jamais présenté, sauf chez une chèvre qui mourut du tétanos le 17 avril 1882, à la suite de l'écrasement d'une patte, c'est-à-dire pendant la durée de la petite épidémie dont il vient d'être question.

Il y a eu là, en effet, on ne saurait le nier, — à moins que les mots n'aient plus leur sens, — une véritable *épidémie de tétanos parfaitement localisée.*

Une remarque importante à faire est celle-ci :

Le premier cas de tétanos se montre au commencement d'avril 1881 ; le deuxième en juillet ; le troisième en novembre de la même année ; le quatrième en janvier 1882 ; puis une longue interruption, et enfin le cinquième et dernier cas en août 1883.

C'est-à-dire que le tétanos s'est produit indistinctement à toutes les époques, à toutes les saisons de l'année. On est donc en droit de dire que les influences atmosphériques n'en sont pas la cause exclusive, essentielle : elles ne sont évidemment qu'adjuvantes. Et la meilleure preuve en est encore que les localités environnantes, contiguës même à la commune de Carrières, telles que Saint-Blaise, Saint-Louis-de-Poissy, Poissy, etc., ont été soumises aux mêmes influences atmosphériques, et cependant le tétanos éclate à Carrières seulement et nulle part ailleurs !

Sans doute, depuis Larrey, tous les observateurs s'accordent à admettre que la production du tétanos subit manifestement les influences du froid humide, celles des alternatives du froid et du chaud, celles des orages, etc.

Mais, je le demande, ne sont-ce pas là les conditions ordinaires, banales, qui favorisent plus ou moins le développement de toutes les maladies épidémiques, contagieuses, microbiennes ?

Contagiosité. — Le mot est lâché : il faut donc que je me hâte d'en justifier l'emploi, au moins dans une certaine mesure.

Le charretier de l'observation II, entré à l'hôpital de Poissy aussitôt après le traumatisme survenu à Carrières, y séjourne depuis le 11 juillet jusqu'au 5 décembre 1881. Jamais, avant son entrée, il n'y a eu de tétanos ni dans la ville de Poissy, ni dans l'hôpital — sauf le malade de l'observation I qui venait de succomber à l'hôpital, trois mois auparavant.

Or, pendant que le malade de l'observation II est en traitement, voici ce qui se passe :

Obs. VI. — Un homme de 37 ans, ouvrier de la féculerie de Poissy et habitant la même ville, est atteint d'une plaie, par engrenage, de la jambe droite. Cet ouvrier entre à l'hôpital le 10 août et est placé dans la même salle que le malade de l'observation II : le 30 août, il est pris de tétanos et meurt rapidement.

Obs. VII. — Le 12 octobre, un charretier de 44 ans habitant Poissy est atteint d'une plaie de la face dorsale de la main gauche occupant toute l'épaisseur de la peau au niveau du troisième espace interdigital.

Cet homme est reçu à l'hôpital le même jour, dans la salle occupée par le tétanique de Carrières (obs. II), et dans laquelle le précédent malade vient de mourir du tétanos : le 21 octobre, il est pris à son tour de tétanos suraigu et succombe en vingt-quatre heures.

Quant au malade de l'observation II, il sort guéri de l'hôpital le 5 décembre.

Depuis lors, l'hôpital de Poissy n'a pas présenté un seul cas de tétanos ; dans la ville de Poissy elle-même, il n'y en a jamais eu à aucun moment, ni avant, ni pendant, ni après les cas de l'hôpital : on est donc autorisé à conclure à la *contagion* dans l'espèce.

Comment et par qui cette contagion a-t-elle pu se produire ?

Le premier malade de Carrières (obs. I) était mort depuis trois mois, à l'hôpital, lorsque le second (obs. II) y entra.

Chez ce second malade, le tétanos ne se déclare que quatre jours après l'entrée à l'hôpital.

Faut-il admettre que le second a été contagionné par le premier ? — Je ne le pense pas, car d'autres blessés ont été soignés dans la même salle, depuis la mort du premier tétanique, et aucun n'a été atteint.

Il paraît plus rationnel de supposer que ce second malade a apporté avec lui de Carrières le germe du tétanos.

Mais où la contagion semble manifeste, c'est dans ce fait que, pendant le séjour à l'hôpital de ce deuxième malade de Carrières (du 11 juillet au 5 décembre), deux habitants de Poissy, où il n'y a jamais eu de tétanos, soignés pour des blessures dans la même salle que le précédent, contractent la maladie et en meurent tous deux rapidement.

D'autres observateurs, tels que Arloing et Tripier (*Bull. Soc. biologie* 1869, p. 337), et Théophile Anger (*Bull.Soc. biologie* 1882, p. 126.) ont signalé de petites épidémies d'hôpital et même d'une seule salle d'hôpital ; mais jamais le tétanos ne s'y est *implanté*, n'y est devenu *endémique* en un mot. Dans l'épidémie de salle de l'hôpital de Poissy, le tétanos ne s'est pas montré dans l'intervalle (3 mois) qui a séparé le décès du premier malade et l'entrée du deuxième. De plus, le tétanos a disparu sans retour en même temps qu'est sorti le dernier tétanique. Il semble donc que le virus ne se conserve pas facilement dans la literie, le plancher ou les murs d'une salle d'hôpital.

Il n'en est pas de même quand les malades sont couchés immédiatement sur le sol, comme dans l'hôpital du Saulcy à Metz, en 1870. Cet hôpital, où j'ai passé comme chirurgien, n'était en réalité qu'un vaste hangar établi sans plancher sur un terrain bas et humide, et où les blessés n'avaient même pas assez de paille pour se

coucher. C'est là que les cas de tétanos se montrèrent en plus grand nombre et surtout avec le plus de persistance, si bien qu'on dut en ordonner l'évacuation.

C'est pour la même raison, sans doute, que le tétanos s'établit à demeure dans les étables, dans le sol desquelles il trouve des conditions de développement favorables, ainsi que l'admettent certains vétérinaires. Nous avons vu plus haut combien cette opinion a été confirmée par l'exemple des deux chevaux de l'écurie de M. P..., d'Achères, atteints l'un et l'autre à dix années d'intervalle.

D'un autre côté, les exemples que j'ai cités tendent à établir que l'air n'est pas le véhicule du contage tétanique, puisque cette contagion ne s'est pas exercée, d'une part, de Carrières aux localités contiguës, et, de l'autre, de la salle de chirurgie de l'hôpital de Poissy au reste de l'établissement ni à la ville.

Conclusions. — Ainsi les faits qui précèdent nous sollicitent à admettre :

1° Que le tétanos est une affection ÉPIDÉMIQUE : ce qui est admis depuis longtemps par un grand nombre de vétérinaires et par plusieurs médecins;

2° Que le tétanos peut devenir ENDÉMIQUE *en toute saison, dans un village et même dans une écurie ou une cour de ferme, mais non pas dans une salle d'hôpital :* ce qui nous fait incliner vers l'opinion que l'agent de production du tétanos réside dans le sol où il trouve les conditions de son développement et de sa reproduction. Les expériences de Nicolaïer (*Deutsche med. Wochenschr,* 25 décembre 1884) semblent plaider encore en faveur de cette manière de voir, mais il n'est pas démontré que Nicolaïer ait produit le vrai tétanos.

3° Qu'enfin le tétanos est CONTAGIEUX. Le fait qu'Arloing et Tripier (*loc. cit.*, p. 336) ont obtenu des résultats négatifs d'inoculation démontre que le microbe du tétanos n'existe ni dans le sang, ni dans le pus, mais ne prouve pas qu'il ne réside dans le bulbe, la moelle ou les nerfs, par exemple, où il eût fallu le chercher et où on le trouvera sans doute un jour, de même qu'on y a découvert le virus de la rage.

D'ailleurs, MM. Arloing et Tripier ne paraissent avoir enregistré qu'à regret la non-réussite do leurs tentatives d'inoculations entreprises avec l'idée préconçue de l'inoculabilité.

Enfin, d'après Nicolaïer et aussi d'après Cornil et Babès (*Les Bactéries*, 1885, p. 187), deux Italiens, Carle et Ratone, auraient déterminé par l'inoculation de produits ? ?... du tétanos de l'homme une maladie semblable, sinon identique, chez le lapin ? ?...

Discussion.

M. Terrier. Je m'empresse de rassurer M. Larger. Des tentatives nombreuses ont été faites dans le but, à l'exemple de la rage, d'essayer de démontrer l'inoculabilité du tétanos. Or, ces expériences, pratiquées avec grand soin par M. Nocard et publiées dans les *Archives vétérinaires*, journal éphémère fondu depuis avec un autre journal, ces expériences, dis-je, ont été absolument négatives et elles consistaient à broyer des portions de bulbes ou d'autres parties des centres nerveux prises sur des chevaux tétaniques et à les injecter dans le système circulatoire. M. Larger tend à assimiler le tétanos à la rage. C'est là une opinion que je ne puis accepter : car nous devons bien nous garder de mêler la doctrine vétérinaire avec la médecine humaine.

Les vétérinaires partisans de la contagiosité du tétanos se fondent sur ce qui est observé à la suite de la castration : ils sont plus ou moins heureux dans leurs opérations, ils ont parfois de véritables désastres, et concluent, en agissant dans les mêmes conditions, avec les mêmes habitudes et sur le même terrain, aux *épidémies de tétanos*.

J'ai vu les vétérinaires de l'État opérer dans les haras : ils pratiquent la castration à 7 heures du matin, sans aucune précaution antiseptique, puis ils envoient ensuite les chevaux se promener et paître au frais, dans des terrains humides; c'est là une véritable expérimentation physiologique que connaissent bien les maquignons. Ces derniers profitent du moment, achètent les chevaux, pansent leur plaie avec la solution phéniquée et préservent ainsi un certain nombre d'opérés.

De plus, il faut distinguer ici le tétanos traumatique et le tétanos spontané : ce dernier est fréquent, ainsi que je l'ai vu pendant les quatre années que je suis resté à l'École d'Alfort, et il guérit très bien, comme chez l'homme.

Il y a donc loin de toutes ces conceptions à un véritable virus tétanique, et les vétérinaires ont conclu un peu trop légèrement à ce dernier, parce qu'ils ne savent pas comment les choses se passent exactement; mais, comme on a fait, sur ce point, des transfusions de sang qui ont donné des résultats négatifs, la question reste entière malgré les faits que vient de nous fournir M. Larger, et aussi d'après ce qui s'observe pour la médecine humaine, car on n'a pas été plus heureux en injectant le sang de tétanique.

Je sais bien que MM. Brower et L. Curtis [1] ont trouvé, disent-

[1] *Chicago med. Journal*, p. 462 et 489, 1882.

ils, des microbactéries dans le sang des tétaniques; je sais bien aussi que la contagiosité du tétanos a été admise par Roser, par Billroth, par Lister même; mais la grande question est de savoir si on doit l'attribuer à la formation de la ptomaïne dans l'économie ou à l'existence d'un microbe ; or, je le répète, l'existence de ce dernier a été absolument controuvée par les expériences négatives dont j'ai parlé. Je conclus donc en disant : Non, le tétanos n'est ni épidémique, ni contagieux.

M. Polaillon. Il y a quelques mois, j'ai observé coup sur coup trois cas de tétanos qui m'ont beaucoup frappé, au point de vue de la contagion possible de cette maladie :

1° Le 13 mai 1885, on reçoit dans mon service de la Pitié, au n° 39 de la salle Broca, le nommé Barb... Michel, pour une plaie contuse de la face dorsale de la main droite. L'interne du service appliqua immédiatement un pansement de Lister et par-dessus une couche d'ouate. Au bout de sept jours, le pus et le sang ayant traversé le pansement, dont la couche d'ouate n'était pas assez épaisse, j'enlève ce pansement, je lave la plaie avec de l'eau phéniquée, et j'applique moi-même un bandage ouaté de A. Guérin. Le soir même, le blessé se plaint de ne pouvoir ouvrir la bouche. Le lendemain (21 mai), tous les signes du tétanos existent, et malgré l'administration du chloral à hautes doses, la mort arrive au bout de quarante-huit heures.

2° La veille de la mort de ce premier malade, le 22 mai, le professeur Cornil fait passer dans mon service un jeune homme de 20 ans (P... Ernest), atteint d'un phlegmon diffus de la cuisse. On le coucha au n° 34 de la salle Broca, c'est-à-dire tout près du tétanique qui allait succomber le lendemain.

Le 30 mai, incision profonde et étroite à la cuisse. Le pus du phlegmon n'est pas encore collecté. Le membre est très œdématié et l'état du malade est assez grave. Dans l'après-midi du 4 juin, il est pris subitement de raideur des muscles du cou et de contraction de la mâchoire. A partir de ce moment, le tétanos affecte une marche suraigüe si rapide que le malade succombe à 8 heures du soir, quelques heures seulement après le début des accidents.

3° Un homme de 28 ans, A... Jean, entre le 20 mai dans mon service, pour une coxalgie suppurée avec fistules et luxation du fémur. Il est couché au n° 43 de la salle Broca. Il se trouvait donc dans le voisinage du premier tétanique, qui occupait le lit n° 39, et qui mourait le 23 mai.

Le 28 mai, je pratique la résection de la tête fémorale. Pansement à l'iodoforme, immobilisation dans un appareil plâtré. Le 5 juin, premier pansement : lavage phéniqué, gaze iodoformée,

enveloppement d'ouate. A trois heures du soir, le patient est pris soudainement de raideur des muscles de la nuque, de contraction des muscles masticateurs. Bientôt surviennent des sueurs extrêmement abondantes, de la petitesse du pouls, de la dyspnée. Bref, la mort arrive le 6 juin, à une heure du matin. Le resserrement des mâchoires n'avait permis de faire prendre qu'une petite quantité de chloral. Des injections de morphine avaient un peu calmé l'anxiété, mais n'avaient guère eu d'autre résultat favorable.

J'eus l'idée que la contagion pouvait jouer un rôle dans la succession de ces trois faits de tétanos, et je fis prendre sur le troisième tétanique une portion du nerf médian et une portion du bulbe par mon interne, M. Chrétien. Un lapin fut inoculé avec une bouillie de ces deux portions de système nerveux. Mais le lapin n'éprouva aucun malaise.

Si donc le tétanos est contagieux, comme certains faits tendraient à le faire croire, le contage ne paraît pas résider dans le système nerveux.

M. Terrier. Je ferai remarquer à M. Polaillon que lorsqu'on fait de semblables expériences, elles ne peuvent être concluantes si l'on prend des lapins, parce que ces animaux ne contractent que très difficilement le tétanos. Il faut se servir du cheval, qui, lui, contracte facilement le tétanos.

M. Després. Je proteste énergiquement contre cette nouvelle théorie de la contagiosité du tétanos. Tous les faits invoqués ne sont que des coïncidences en faveur d'une hypothèse qui ne tient pas debout.

Les trois cas dont vient de nous parler M. Polaillon s'expliquent probablement de la même manière que quatre cas analogues qui nous ont été indiqués jadis par Th. Anger, et observés à Cochin, réputé pour ses courants d'air. Ces quatre malades, placés dans des lits voisins, avaient eu successivement le tétanos. En recherchant les causes de cette coïncidence, on constata qu'ils étaient placés dans une petite salle, isolée de la salle commune, et placée sur le trajet que devaient parcourir les malades pour aller aux cabinets d'aisance. De ce fait, il était résulté une série de courants d'air, et c'est à eux qu'il fallait attribuer les cas de tétanos observés. C'est l'influence du froid seul qui détermine cette affection : je ne citerai que le nombre considérable de tétaniques observés, pendant la guerre de 1870, sous les murs de Metz.

M. Larger. Les expériences négatives de M. Nocard, que je ne connaissais pas, ne prouvent rien, à mon avis, à l'encontre de faits positifs et incontestables. La contagiosité de la tuberculose a

été longue à prouver : aujourd'hui elle n'est niée par personne, et cependant il existe à son sujet bien des faits négatifs qui sembleraient infirmer cette doctrine. Les observations de M. Polaillon militent en faveur de la thèse que je soutiens. Enfin, je ne crois pas que l'on soit en droit d'accuser le froid et le froid seul comme étant la cause du tétanos. Il est difficile en effet de rattacher à l'influence de la température les divers cas de tétanos que j'ai signalés dans mon travail, puisque ceux-ci se sont développés à toutes les époques de l'année.

On doit prendre aussi en grande considération l'influence tellurique ; ainsi, à Bombay, à Ceylan, le tétanos est fréquent, tandis qu'il est beaucoup plus rare au Bengale, et cependant le climat est le même.

M. Trélat. Toute cette longue discussion ne roule absolument que sur des hypothèses :

Mais le moindre grain de mil
Serait bien mieux mon affaire.

J'espère que la nature microbienne du tétanos sera un jour démontrée; mais elle ne l'est pas : un seul fait concluant me suffirait... je l'attends.

M. Desprès. Une négation ne se prouve pas.

Présentation de malade.

M. Monod présente l'enfant atteint d'une chéloïde cicatricielle étendue du cou, qu'il a déjà fait voir dans la séance du 13 mai 1885.

Cet enfant a été opéré il y a aujourd'hui cinq mois.

Il n'y a pas encore trace de récidive, contrairement à la prévision de la plupart des membres qui avaient pris part à la discussion qui eut lieu lors de la première présentation de ce malade.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 4 novembre 1885.

Présidence de M. S. Duplay.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Un mémoire pour le concours du prix Laborie, avec l'épigraphe : *Fac et spera.* (Inscrit sous le n° 2.)

3° *Note sur un cas d'arthrite blennorrhagique suppurée de l'articulation sterno-claviculaire*, par le Dr Bories (de Montauban). (Commissaire : M. Horteloup.)

4° Une lettre de M. le Dr Ladreit de la Charrière, président de la Société médicale du Louvre, demandant la désignation de deux membres pour la formation d'un comité chargé de délibérer sur l'opportunité de la création de la Société de déontologie et de rédiger un projet de statuts.

5° M. Védrènes, médecin-inspecteur de l'armée, membre correspondant, envoie, à propos de la communication de M. Verneuil *sur la pathogénie de l'érysipèle,* la note suivante.

6° *Manuel de chirurgie de l'armée*, par M. le Dr E. Audot, médecin-major à l'école de Saint-Cyr. L'auteur, laissant de côté le traitement complet des coups de feu, borne son étude à la chirurgie de première ligne. La partie la plus importante de son œuvre est celle qu'il consacre aux indications chirurgicales. Se basant sur les travaux les plus modernes et sur les résultats des dernières statistiques, il pose des règles pour la conduite à tenir dans les blessures des différentes régions.

7° *Vaste tumeur fibreuse du petit bassin développée dans l'épaisseur du péritoine; ablation par la gastrotomie; guérison de l'opération. Mort de la malade six semaines après par embolie cardiaque*, par M. Millet-Carpentier. (Commissaire : M. Richelot.)

M. le Président annonce que, dans la prochaine séance, il sera procédé à la nomination des commissions chargées de juger les candidats aux différents prix dont dispose la Société. Il annonce également que M. Raimbert (de Châteaudun), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le secrétaire général donne lecture d'une note de M. Védrènes, membre correspondant, déposée dans la dernière séance par M. Verneuil, et relative à un cas d'érysipèle à répétition.

Sur la nature microbienne de l'érysipèle, par M. le Dr Védrènes, membre correspondant.

Un jeune soldat, entré au printemps de l'année 1879, pour un érysipèle de la face, dans une division de fiévreux de l'hôpital militaire de Vincennes, fut évacué dans mon service des blessés, à l'occasion d'une vaste collection purulente sous-deltoïdienne gauche, ayant pour origine une ostéo-périostite de l'épiphyse humérale supérieure.

A ce moment, l'érysipèle facial était dissipé depuis quelques jours.

Cette collection nécessita des incisions et des ponctions avec drainage, pour procurer une issue au pus et faciliter les lavages de la cavité pyogénique, qui étaient faits avec de l'eau phéniquée au 50e.

Des fusées purulentes s'étant produites ultérieurement du côté des fosses sus- et sous-épineuses, des régions sus- et sous-claviculaires, et du bras, sans toutefois que l'articulation scapulo-humérale fût envahie, il fallut pratiquer de nouvelles ouvertures et de nouveaux drainages.

On le fit chaque fois sous le spray avec le pulvérisateur Richardson, le seul qui fût alors à notre disposition.

Malgré ces précautions et les pansements phéniqués, mais non listériens, l'hôpital n'en possédant pas, une poussée érysipélateuse se manifesta à la suite de la plupart des incisions ou ponctions, en tout une dizaine.

Cependant l'ouverture de deux abcès provenant d'une périostite externe, localisée au condyle externe des fémurs, fut exempte de cette complication; sans doute à cause de l'éloignement de ces abcès de la région dans laquelle les microbes de l'érysipèle étaient pour ainsi dire cantonnés.

Ces suppurations persistantes, d'une part; la fièvre à répétitions, l'insomnie et la perte de l'appétit à chaque rappel d'érysipèle, de l'autre, avaient beaucoup affaibli ce jeune homme, qui

d'ailleurs était d'une complexion délicate. Son état devenait inquiétant.

Dans l'espoir que les germes morbides, rebelles au mode de pansement employé, pourraient être détruits par un autre moyen, je me décidai à soumettre ce malade à l'usage des bains de Barèges artificiels, de vingt minutes de durée, à raison de deux ou trois par semaine.

L'effet de cette médication fut des plus satisfaisants, tant pour la santé générale que pour l'état local.

Il est bien entendu que la tête et les oreilles étaient soigneusement lavées à chaque bain.

Après trois semaines ou un mois de ce traitement, la disposition érysipélateuse se trouva enrayée au point que deux nouvelles ouvertures d'abcès dans la région sous-épineuse ne furent pas suivies d'érysipèle, comme l'avaient été les précédentes.

Les suppurations se tarirent peu à peu; l'appétit revint et la nutrition se fit chaque jour de mieux en mieux; si bien qu'au bout d'un mois ce jeune homme avait gagné en poids plus de 10 kilogrammes et se trouvait en pleine convalescence.

En suivant la pathogénie de cette série d'érysipèles, il me paraît difficile de ne pas y voir l'action persistante locale des germes générateurs de cette maladie, en dehors de toute diathèse générale, mais non peut-être sans prédisposition locale ou terrain réceptif dont la nature est à déterminer. Car, de même que d'autres affections contagieuses auxquelles certaines natures sont récalcitrantes, n'a pas d'érysipèle qui veut; et sa répétiton pour ainsi dire indéfinie chez la même personne à l'occasion des moindres incidents, comme dans le cas de cette dame citée par M. Verneuil, qui en est à son 114e érysipèle, reste un fait exceptionnel, que le maintien prolongé et la prolifération des germes dans une région quelconque n'explique pas à nos yeux d'une manière tout à fait satisfaisante.

Quoi qu'il en soit, l'érysipèle du malade dont je viens de rappeler, d'après mes souvenirs, la narration succincte me paraît se prêter, sous la réserve que je viens d'exprimer, à l'explication de la genèse de l'érysipèle par des germes spéciaux, conformément à la théorie que M. Verneuil a exposée devant la Société de chirurgie dans la séance du 14 octobre dernier.

Rapport.

Tumeurs végétantes des deux ovaires. — Corps fibreux de l'utérus. — Ovario-hystérectomie. — De l'ascite dans les tumeurs abdominales, par M. Quénu, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. F. Terrier.

En mai 1884, notre collègue des hôpitaux de Paris, M. Quénu, eut l'occasion de pratiquer une ablation de l'utérus et des deux ovaires; c'est cette observation que nous allons tout d'abord résumer, pour nous étendre ultérieurement sur le point important du travail de notre confrère, à savoir la question de l'ascite dans les tumeurs abdominales.

R. L..., 49 ans, atteinte d'ascite symptomatique de tumeurs abdominales, entre à Tenon dans le service de M. Just Lucas-Championnière, remplacé par M. Quénu. Les antécédents sont : une grossesse normale à 19 ans, une menstruation régulière jusqu'à il y a deux ans; depuis, ménopause. Peu après la cessation des règles, la malade perçoit l'existence d'une tumeur abdominale, siégeant vers l'hypogastre, et un peu douloureuse. La tumeur grossit lentement, sans réaction générale ni locale, et l'ombilic devint saillant. Depuis trois mois, l'abdomen est énorme, la marche fort pénible, la respiration courte; enfin, les digestions sont difficiles. Facies amaigri, légèrement cyanosé; l'appétit est bon, les viscères sont sains. Éruption de syphilides sur le ventre et les cuisses; l'ascite est énorme, il y a de l'œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres. Une première ponction, faite le 9 mai 1884, donna 21 litres de liquide ascitique; cette évacuation permit de reconnaître l'existence d'une tumeur remplissant l'hypogastre, se prolongeant dans les fosses iliaques et remontant jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic. Cette masse bilobée semble faire corps avec l'utérus, ce dont on s'assure par le toucher vaginal.

On diagnostique tumeur fibreuse de l'utérus, et, pour plus de certitude, l'aiguille de l'aspirateur est plongée dans la masse, d'où il ne s'écoule aucun liquide.

Quinze jours après, reproduction de l'ascite; deuxième ponction évacuatrice le 24 mai ; on retire 9 litres de liquide.

Opération le 26 mai, avec l'aide de M. Segond.

Incision médiane étendue jusqu'au-dessus de l'ombilic, qu'elle contourne; ouverture du péritoine et écoulement d'ascite. On voit alors un fibrome utérin auquel adhère intimement un kyste qui, ponctionné, donne 2 litres et demi de liquide. De nombreuses adhérences du kyste et du fibrome avec le grand épiploon sont détachées avec la spatule mousse ou coupées entre deux pinces en T. Mais la tumeur ne peut être mobilisée. En effet, de chaque côté, les ovaires sont remplacés

par une masse grosse comme le poing, irrégulière, rougeâtre, hérissée de petites végétations. Ces deux masses, libres par leur face antérieure, sont très adhérentes en arrière et sur les côtés. A gauche, la séparation d'avec l'S iliaque ne s'obtient qu'au prix d'un arrachement du péritoine intestinal; il se fait même une petite perforation, d'où sort un liquide blanchâtre et sur lequel on met une pince à pression. On sectionne trois ou quatre brides en arrière, puis, sur les côtés et entre deux pinces, des brides vasculaires. Enfin, en avant, on isole la tumeur de la vessie; temps long et pénible.

La tumeur utéro-ovarienno ainsi mobilisée, il reste à pratiquer la section des ligaments larges et de l'utérus.

Cette section est faite d'abord à gauche, une partie du ligament large gauche est coupée entre deux grandes pinces courbes; puis, cette section partielle faite, deux autres pinces sont placées et le ligament est entièrement coupé. A droite, même manœuvre. Enfin, l'utérus et les parties contiguës des ligaments larges restent seules à sectionner, ce qu'on fait après avoir appliqué une double ligature élastique pour obtenir l'hémostase. (Ligature de Pozzi.)

L'utérus est ainsi sectionné un peu au-dessus de l'union du col et du corps et la tumeur est enlevée. Deux ligatures au catgut sont placées sur la perforation présumée de l'S iliaque; puis toutes les pinces à pression ou en T sont remplacées par des ligatures au catgut.

Deux larges adhérences vasculaires sont liées par trois et deux anses de soie, disposées en chaîne.

Enfin, douze ligatures avec du gros cordonnet de soie trempé d'avance dans la solution phéniquée au 20e sont appliquées en chaîne sur le moignon de l'utérus et des ligaments larges.

Toilette péritonéale, lavage des surfaces cruentées avec la solution forte, et enfin fermeture du ventre par neuf points de suture, dont trois superficiels.

L'opération, faite d'après les règles de la méthode antiseptique, a duré une heure trois quarts.

Il n'y eut pas de choc opératoire, et, dès le lendemain, les gaz étaient rendus spontanément par l'anus et la malade urinait seule. La température monta le deuxième jour jusqu'à près de 40° (39°,9), pour retomber peu à peu au-dessous de 38°, même le soir.

Le 4 *juin* on constate un écoulement purulent par le vagin. Il n'y a plus de fièvre.

Le 5, 1er pansement. Une induration inflammatoire existe en bas de l'incision; le 7, l'abcès formé profondément s'ouvre au dehors, et, à partir du 9, on est obligé de panser la malade deux fois par jour, vu l'abondance de la suppuration.

Le 18, il persiste un trajet fistuleux profond, ce qui n'empêche pas la malade de se bien porter, de marcher et de quitter l'hôpital Tenon en juillet.

A la fin d'août, R... entre à la Pitié dans le service de M. Polaillon, remplacé par M. Quénu. La fistule persiste et la paroi abdominale semble se déprimer en ce point. Des fils de soie, dont quatre réunis

en chaîne, ont été éliminés par la fistule. Du reste, l'état général est excellent.

Au milieu de décembre 1884, le trajet fistuleux se cicatrisa tout à fait. De septembre à novembre, plus de onze fils sont sortis par le vagin, fils d'ailleurs assez altérés, enfin des chaînons ont ainsi été éliminés par la fistule avant sa complète guérison.

En terminant, M. Quénu fait remarquer qu'en somme sa malade a eu un vaste abcès heureusement localisé et se demande quelle a bien pu être la cause de cet accident?

Tient-elle à l'emploi des nombreux fils de soie? L'auteur ne le croit pas. D'abord ces fils peuvent facilement, ou s'enkyster, comme il l'a constaté *de visu*, dans le pédicule d'un ovaire enlevé un an auparavant par M. S. Duplay; ou bien ils se résolvent assez vite, comme il a été à même de le vérifier à l'autopsie d'une de ses opérées, dont le pédicule fort large avait nécessité 12 ligatures. Fait important à signaler, c'est que cette résorption aurait eu lieu après 10 mois seulement. Les fils étaient-ils septiques, d'où la suppuration? M. Quénu ne le croit pas encore, car ils avaient été plongés assez longtemps dans la solution phéniquée forte. Cette dernière raison ne nous semble pas tout à fait valable, en ce sens que cette solution forte peut ne pas détruire tous les microbes septiques ou pyogènes. Il faudrait pour cela que les fils fussent d'abord stérilisés puis plongés dans la solution forte, pour être absolument sûrs de l'asepsie rigoureuse.

Quoi qu'il en soit, M. Quénu pense que la cause véritable de cette suppuration résulte de l'isolement imparfait du pédicule d'avec la cavité utérine.

Il eût été utile, — et nous partageons cette opinion, — avant de comprendre l'utérus dans la suture, de détacher et de réséquer la muqueuse utérine sur la section de la tumeur, afin de fermer le foyer opératoire du côté du vagin.

J'ajouterai que, par des injections vaginales répétées au sublimé, et par des pansements du col à l'iodoforme, on peut obtenir, avant toute intervention chirurgicale, une antisepsie vaginale parfaite. Ce sont des précautions à prendre avant les opérations et sur lesquelles on ne saurait trop insister, surtout dans les cas où l'on doit faire l'hystérectomie.

Un point sur lequel on peut encore appeler l'attention, c'est la question du ligateur élastique en caoutchouc, dont l'état aseptique doit être fort vérifié, l'appareil d'arrêt du tube élastique se salissant facilement et étant un peu difficile à nettoyer, ou du moins nécessitant une attention toute spéciale.

Enfin la malade de M. Quénu n'était-elle pas syphilitique? et

cette syphilis a pu jouer un certain rôle dans la suppuration du pédicule ?

M. Quénu se demande si la guérison de son opérée sera définitive, vu la nature de ses tumeurs. Si, en effet, le fibrome interstitiel qui occupait le fond de l'utérus est parfaitement bénin, il y a plus de doutes à émettre à propos des tumeurs ovariques. Celles-ci toutefois n'étaient autres que des épithéliomes myxoïdes, comme la plupart des kystes ovariques ; mais elles étaient caractérisées en outre par la production à l'extérieur de petites végétations identiques d'ailleurs à celles qu'on trouve le plus souvent à la face interne des kystes multiloculaires.

Ces végétations ont le même stroma embryonnaire, le même revêtement de cellules cylindriques et de cellules caliciformes. « Les petits enfoncements tapissés d'épithélium compris entre « deux végétations voisines constituent ainsi de véritables petites « glandes à mucus dont le contenu, au lieu de s'épancher dans l'in- « térieur d'un kyste, ne peut qu'être versé dans la cavité du péri- « toine. » De là, pour M. Quénu, l'explication de l'énorme ascite présentée par sa malade.

Les tumeurs de l'abdomen, kystes ovariques ou fibromes utérins, et nous mettons de côté toutes celles qui peuvent comprimer la veine-porte ou ses branches principales d'origine, ces tumeurs, dis-je, déterminent parfois de l'ascite, phénomène dont l'explication n'est pas toujours facile.

Dans les fibromes utérins, l'ascite est relativement rare, c'est un fait remarqué, depuis Cruveilhier, par la plupart des observateurs ; parfois quand la tumeur est énorme, il y a un peu de liquide péritonéal, mais en très petite quantité, négligeable pour le clinicien. Il en est de même pour les tumeurs fibro-kystiques d'après les observations de M. E. Lebec dans sa thèse inaugurale [1].

En fait, ces tumeurs paraissent parfaitement supportées par le péritoine, qui d'ailleurs les recouvre presque toujours d'une enveloppe très lisse et non enflammée, au moins dans la plupart des cas.

Les tumeurs de l'ovaire, solides ou liquides, c'est-à-dire kystiques, déterminent plus souvent de l'ascite et même une ascite abondante. Les tumeurs solides, d'après Ziembichi [2], sont très souvent la cause d'ascite considérable, cet auteur en relate 32 cas sur 36. Nous avons constaté le fait pour des tumeurs fibreuses de l'ovaire d'ailleurs peu considérables.

[1] Étude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus. (*Thèse de Paris*, 1880.)

[2] Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire. (*Thèse de Paris*, 1877.)

Quelle explication peut-on donner de cette ascite? Y a-t-il inflammation péritonéale et ascite consécutive? Le fait est au moins discutable.

Faut-il, comme M. Terrillon dans une leçon récente [1], n'invoquer que l'irritation du péritoine, expression fort vague et qui me paraît assez bien cacher notre ignorance.

Peut-on, comme M. Quénu, faire intervenir des troubles circulatoires veineux qui doivent se produire dans ces néoplasmes, les vaisseaux subissant des torsions, des coudures? Cette théorie mécanique nous paraît difficile à appliquer quand l'ascite est énorme et que la tumeur ovarique est au contraire fort peu considérable, comme nous l'avons observé[2]. Une raison qui nous paraît meilleure serait l'absence de revêtement péritonéal à la surface de la tumeur ovarienne, et j'ajouterai, souvent des altérations de cette tumeur, comme sa dégénérescence graisseuse par places.

La tumeur jouerait alors le rôle d'un vrai corps étranger, d'où une ascite d'origine inflammatoire et à processus chronique.

Les kystes de l'ovaire ne déterminent guère d'ascite que dans des circonstances toutes spéciales, c'est lorsqu'ils présentent extérieurement des végétations plus ou moins développées.

Cette remarque, que j'ai faite depuis longtemps déjà [3], est acceptée par M.Quénu. Souvent, avec un kyste uni- ou multiloculaire, on trouve bien un peu de liquide ascitique, mais en petite quantité, et qui peut être négligée par le chirurgien ; mais dès que des végétations se sont produites à la surface du kyste, et surtout dans les cas où les ovaires sont recouverts de ces masses végétantes comparables aux choux-fleurs, l'ascite devient considérable, se reproduit vite et un grand nombre de fois.

L'observation de M. Quénu vient encore à l'appui de cette remarque et confirme la règle que je me suis efforcé d'établir, à savoir que, toutes les fois qu'on constate une ascite volumineuse et des tumeurs sous-jacentes d'origine ovariennes, celles-ci doivent présenter des végétations, ou même n'être constituées que par des végétations papillomateuses.

Empressons-nous d'ajouter que, dans quelques cas, l'ascite est franchement inflammatoire ; elle résulte d'une péritonite, souvent par ouverture spontanée ou provoquée d'une loge kystique, et nous en avons donné des exemples. Mais, ici, l'ascite est en général bien

[1] Terrillon, L'ascite dans les tumeurs abdominales. (*Semaine médicale*, n° 41, p. 335, 1885.)

[2] *Union médicale*, 22 octobre 1884.

[3] *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, t. II, p. 558, 1876. — *Revue de chirurgie*, p. 353, 1882. — *Ibid.*, p. 5, 1884. — *Ibid.*, p. 16, 1885.

moins considérable et ne se reproduit pas avec la même facilité que dans le premicr cas.

M. Terrillon donne à cette ascite inflammatoire que nous avons signalée en janvier 1884 [1] des caractères qui nous ont semblé étranges, en particulier une coloration de petit-lait, une odeur spéciale du liquide épanché, et une odeur qu'il compare à celle du fromage décomposé. Nous avouons n'avoir jamais observé pareille chose, et dans le cas de M. Terrillon il s'agissait d'une péritonite septique provoquée par une ponction, ce qui ne ressemble en rien à la péritonite aseptique qui détermine l'ascite inflammatoire. Mais je reviens à l'ascite symptomatique des tumeurs végétantes.

Cello-ci, pensai-je, résulte probablement de l'irritation du péritoine, ce qui, je le répète, ne signifie pas grand'chose. Or,M. Quénu me paraît en donner une explication beaucoup plus exacte ; il ne faut pas, dit-il, incriminer les végétations, mais bienleur produit de sécrétion ; elles constituent des pseudo-glandes sécrétant de la matière colloïde, et c'est à cette sécrétion que serait due l'ascite.

Cette substance colloïde, dit l'auteur, provoquerait du côté du péritoine des phénomènes d'osmose, d'où l'accroissement incessant du liquide péritonéal, on un mot l'ascite.

D'ailleurs, d'après M. Méhu [1], le liquide ascitique des kystes ovariques ne ressemblerait pas au liquide ascitique des affections cardiaques ou hépatiques, il contiendrait un chiffre plus élevé de matières fixes, soit de 66 à 71 grammes au lieu de 59 par kilogramme de liquide.

Cette augmentation de matériaux fixes s'explique parfaitement par la théorie de M. Quénu.

Enfin, par l'examen histologique du liquide, on pourrait retrouver des cellules prismatiques ou caliciformes, des masses épithéliales comme l'a observé le Dr Foulès (d'Édimbourg) et comme l'a constaté M. Malassez dans un certain nombre de faits qui me sont personnels. Cette présence de cellules épithéliales dans le liquide de l'ascite est d'ailleurs encore signalée par M. Terrillon dans l'article que j'ai déjà cité. Mais il nous paraît en faire, à tort croyons-nous, un signe de malignité des tumeurs.

En résumé, rare dans les tumeurs utérines, fréquente dans les néoformations solides de l'ovaire, l'ascite redevient rare dans les kystes ordinaires, à moins que ceux-ci ne présentent des végétations extérieures.

L'ascite est la règle dans les tumeurs papillomateuses des ovaires,

[1] *Revue de chirurgie*, p. 4, 1884.
[2] *Loc. cit.*, p. 336, 1885.
[3] *Archives générales de médecine*, 1877.
[4] *Loc. cit.*, p. 336.

et serait alors due à la sécrétion spéciale des végétations et à l'action que cette sécrétion exerce sur la séreuse péritonéale, action toute physique d'ailleurs, puisque M. Quénu fait intervenir des phénomènes osmotiques.

Tel est, messieurs, le résumé du fort intéressant travail de M. Quénu. Je vous propose de déposer ce mémoire aux archives et d'adresser des remerciements à l'auteur, désigné pour être bientôt notre collègue à la Société de Chirurgie.

Discussion.

M. Terrillon. Je ne veux pas engager une discussion à propos de tous les points touchés par M. Terrier dans son rapport. Je n'en aborderai qu'un seul. M. le rapporteur dit que, lorsqu'il existe de l'ascite, dans le cas de kyste ovarique, ce dernier offre toujours des végétations, soit du côté de sa face externe, soit du côté de sa paroi interne. — Pour ma part, j'ai opéré trois malades atteintes de kyste de l'ovaire avec ascite considérable.

Dans les deux premiers cas, il n'existait pas de végétations : le troisième fait, tout récent (puisque mon opération date d'hier), est relatif à une malade dont le ventre grossissait depuis deux ans, sans autre trouble que de l'amaigrissement. Il y a trois mois, je diagnostiquai la tumeur ovarique et l'ascite, et je retirai par la ponction 9 litres d'un liquide ascitique verdâtre, légèrement trouble, contenant un peu de cholestérine. — Mon pharmacien y reconnut les caractères ordinaires de l'ascite symptomatique de la présence d'une tumeur avec substance fixe, de l'albumine et peut-être de la paralbumine. — Après la ponction l'examen du ventre révéla l'existence d'une tumeur profonde mobile, probablement avec des connexions utérines. — J'attendis 15 jours ; l'ascite se reproduisit, et hier j'opérai cette malade avec l'aide de MM. Monod et Schwartz : il y avait 9 nouveaux litres de liquide péritonéal, plus un kyste ovarique arrondi et adhérant à l'utérus : ses parois étaient épaisses et à sa surface il existait à peine une petite saillie papillaire ; à l'intérieur nous avons trouvé un liquide gélatineux, des mamelons à surface graisseuse et à pédicules ayant l'aspect sarcomateux, il n'y avait pas de végétations apparentes. — Dans ce cas, peut-on incriminer cette petite saillie, que j'ai signalée sur la face externe, pour expliquer l'ascite volumineuse ? Je ne puis me résoudre à le croire. Toutefois, à cause de cette ascite, je me trouvai dans une grande perplexité. Fallait-il drainer, oui ou non ? Je me contentai de refermer l'abdomen en laissant le pédicule libre.

M. Duplay. Le résultat de mon expérience personnelle me porte

à formuler une opinion conforme à celle de M. Terrier. — Je n'ai jamais constaté de l'ascite que lorsque la surface de la tumeur était surmontée de végétations.— Je me rappelle deux ou trois cas qui se rapprochent de ceux de M. Terrillon en ce sens que, s'il n'y avait que très peu de végétations, les parois de la poche en revanche étaient très épaisses. — Sur une malade, l'un des 2 kystes que j'enlevai avait une paroi de plusieurs centimètres d'épaisseur qui pouvait en imposer pour une tumeur solide.

M. Lucas-Championnière. Je partage entièrement cette manière de voir. Dans tous les cas où il y avait ascite considérable j'ai rencontré des tumeurs végétantes. — Chez une malade opérée par M. Nicaise, les suites ont montré qu'on n'avait pas eu affaire à un fibrome comme on l'avait cru tout d'abord. — M. Périer a opéré dans ces conditions une femme qu'il pensait atteinte de fibrome ; elle est morte de cachexie. — Je ne me souviens pas avoir guéri de ces tumeurs ovariques compliquées d'ascite volumineuse ; j'ai une malade qui a survécu un mois, aussi je n'opère qu'avec beaucoup de réserve en pareil cas.

M. Verneuil. Je ne crois pas que la présence de l'ascite ait une valeur pronostique aussi défavorable que le pense M. Championnière. — Je ne citerai, à l'appui de ce que j'avance, que la première ovariotomisée, guérie par Nélaton à une époque où cette opération n'était pas encore acclimatée en France : cette malade m'avait été adressée par un de mes amis, je ne voulus pas intervenir à cause de l'ascite énorme qui existait. Nélaton, qui venait de faire son voyage en Angleterre, l'opéra à son retour et la guérit radicalement.

M. Pozzi. C'est là aussi mon avis. J'ai opéré, il y a 7 ans, avec l'aide de M. Terrier, une jeune fille de 24 ans qui portait une double tumeur ovarienne végétante en forme de chou-fleur, compliquée d'ascite énorme. — Elle se trouvait, je puis le dire, dans un état tout à fait alarmant ; la guérison eut lieu, et aujourd'hui cette personne, employée des postes en province, me donne parfois de ses nouvelles, qui sont excellentes.

M. Reclus. Je puis citer un cas semblable. — Au commencement de l'année dernière j'opérai avec M. Terrillon une vieille dame du Loiret atteinte de tumeur ovarienne et d'ascite volumineuse à liquide huileux, il y en avait 9 litres environ. Il n'existait aucune végétation à la surface ; mais, comme vient de le dire M. Duplay, les parois du kyste étaient épaisses, très dures et même adhérentes à l'utérus, dont il fallut exciser une portion. — Depuis la guérison,

il ne s'est manifesté aucune trace de récidive, la malade se porte très bien ; il y a 15 jours encore j'ai eu de ses nouvelles.

M. Monod. M. Terrier n'a-t-il pas employé trois termes, qui lui paraissent connexes : *ascite, malignité, végétations?* Il semble que non seulement la présence des végétations entraîne l'ascite, mais qu'à l'existence de ces végétations se joint l'idée de malignité.

MM. Terrier et Duplay. Pas du tout.

M. Monod. Cependant un interne du service de M. Terrier a écrit un mémoire où il soutient cette opinion.

M. Terrier. Cette opinion lui est absolument personnelle et n'est pas la mienne : j'ai soutenu que lorsqu'il y a végétations il y a ascite, voilà tout, ascite qui peut présenter des caractères différents. Pour tous, la pathogénie de ces ascites est celle que j'ai indiquée : assimilation de la tumeur à un corps étranger dont la surface, recouverte par un nombre variable de végétations, est, tout au moins, privée de son revêtement épithélial comme dans le fait de M. Terrillon. M. Quenu dit en plus que non seulement ces végétations jouent le rôle de corps étranger, mais qu'elles produisent elles-mêmes une sécrétion. — Je ne suis pas aussi chimiste que M. Terrillon. Il a rencontré dans le liquide une certaine quantité de cholestérine, le fait est anormal. — Les deux termes, ascite et malignité, dont parle M. Monod ne sont pas du tout connexes, l'ascite indique seulement l'existence de végétations ou de dégénérescences, comme dans le cas de M. Duplay, de M. Terrillon et dans les miens.

M. Monod. Quelle conduite tenir en cas d'ascite, après l'opération ?

M. Terrier. La cause de l'ascite, c'est-à-dire la tumeur, enlevée, il n'y a aucune indication à pratiquer le drainage. J'ai opéré plusieurs de ces tumeurs compliquées d'épanchement intra-péritonéal, et je n'ai pas observé une gravité du pronostic aussi grande que le dit M. Championnière : je n'ai jamais fait le drainage de la cavité séreuse.

M. Pozzi. Excepté cependant chez la malade dont j'ai parlé tout à l'heure.

M. Terrier. Ce fait est tout à fait spécial. Il existait une double tumeur en chou-fleur des ovaires avec ascite. Or, le médecin avait fait une première ponction suivie d'injection iodée qui avait provoqué des adhérences, puis une seconde ponction suivie d'une deuxième injection de même nature ; aussi, quand nous opérâmes,

la cavité abdominale était-elle divisée en deux compartiments, un supérieur plus grand où se trouvaient les intestins agglutinés, un autre plus bas d'où nous avons enlevé les deux tumeurs végétantes en question, et qui, après cette ablation, ne fut pas du tout rempli par les anses intestinales. Il était donc indiqué de drainer, mais nous ne pratiquâmes pas le drainage de la grande cavité séreuse. — Je le répète, nous étions en présence d'un cas spécial où la manière de se comporter résultait de l'erreur diagnostique antérieure.

Les conclusions proposées par M. Terrier sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

M. Pozzi présente une malade qu'il a déjà montrée à la Société il y a trois ans et demi. (Son observation est publiée dans les *Bulletins* de 1882, page 159.) Elle a été opérée, au mois d'août 1881, pour une ankylose rectiligne du coude avec ostéite étendue. Huit centimètres d'os ont été enlevés. — La malade n'a pu être électrisée que pendant trois mois. Malgré cela, les muscles du bras, qui étaient complètement atrophiés, ont repris presque complètement leurs fonctions, à l'exception du triceps, qui est encore faible, mais dont l'insuffisance est tout à fait masquée pour peu que l'avant-bras soit un peu fléchi. La jeune fille se sert de son membre opéré presque aussi bien que de l'autre, et il est difficile de distinguer entre eux une différence autre qu'un notable rétrécissement, quand le sujet est habillé et les fait mouvoir.

Discussion.

M. Berger. Je ferai remarquer, comme M. Farabeuf ne manque jamais de le faire quand il y a de semblables présentations, l'insuffisance de contraction du triceps et l'impuissance de la malade à lutter contre la pesanteur, lorsque le bras est pendant.

Communication.

Hystérectomie vaginale pour cancer utérin. — Guérison.

Par M. Gillette.

M. Gillette communique un cas *d'hystérectomie vaginale* pra-

tiquée par lui à Tenon pour épithélioma du col de l'utérus et suivie de guérison.

Messieurs, n'ayant pu assister à la séance du 5 août dernier pour raison de santé, j'ai envoyé une courte note relative à une *ablation complète de l'utérus* que j'ai pratiquée à l'hôpital Tenon, le 25 juillet 1885, et qui devait naturellement trouver sa place à côté des observations de MM. Tillaux, Terrier et Trélat. M. Chauvel a eu la bonté de lire cette note, dans laquelle je promettais de vous en exposer tous les détails dès la rentrée. C'est ce que je désire faire aujourd'hui.

Expérimentations cadavériques. — Avant de pratiquer sur le vivant l'hystérectomie vaginale en question, j'ai voulu répéter sur le cadavre la manœuvre de cette opération, me rendre compte de ses difficultés et de la manière dont il est possible de les surmonter ou de les atténuer.

Ces exercices ont porté sur 9 sujets :

Les deux premiers étaient des vieilles femmes de 52 à 60 ans chez lesquelles le col était complètement atrophié, ce qui a rendu l'application des pinces de Museux assez difficile. — Les sept autres étaient des sujets de 25 à 30 ans.

Les divers temps de l'ablation complète de l'utérus par le vagin ont consisté :

1° Dans la *préhension du col* dans le sens transversal, et le plus haut possible, à l'aide de fortes pinces de Museux après écartement préalable des parois vaginales avec les valves plates de Jobert ou le speculum de Sims.

2° La *traction du col* en bas et en arrière jusqu'au niveau de la vulve.

3° *L'incision demi-circulaire du cul-de-sac antérieur du vagin* en se rapprochant le plus possible du col utérin, après introduction préalable dans la vessie d'un cathéter métallique poussé légèrement vers le bas-fond de cet organe.

4° Le *décollement de la vessie et de la face antérieure de l'utérus* pratiqué avec le doigt, l'ongle ou un instrument mousse, et en évitant de se servir du bistouri.

5° *L'incision demi-circulaire postérieure*, après avoir fortement tiré le col en haut et en avant, et le *décollement de la vessie et du rectum* avec un instrument mousse et en introduisant, chemin faisant, le doigt dans la cavité rectale.

6° *L'ouverture du péritoine*, *l'isolement du ligament large gauche, le passage du doigt en crochet* sous ce ligament, le glissement, sur ce doigt, d'une grande aiguille de Cooper fortement

courbée et munie d'un fil; — ligature du ligament le plus haut possible; — sa deuxième ligature vers la corne utérine, section entre les deux ligatures.

7° L'utérus bascule alors aisément; — même manœuvre beaucoup plus facile pour le ligament large droit.

8° Dernière section de ce qui peut rester de tissus au niveau du cul-de-sac postérieur.

Sur tous ces sujets, les divers temps que je viens d'énumérer, ne m'ont pas présenté de difficultés très sérieuses et se sont accomplis sans désordre du côté des organes pelviens, principalement du rectum et de la vessie. — Chez le cadavre n° 6 (femme de 46 ans), tout l'utérus avait une hauteur de 16 centimètres, l'isthme était démesurément long ; le vagin était étroit , aussi ai-je eu beaucoup de peine à isoler les deux ligaments larges.

Quatre fois, au fond de la plaie, j'ai aperçu l'épipoloon et une ou deux anses intestinales, mais qui ne faisaient pas procidence et que j'ai pu aisément repousser.

Une fois, en isolant le ligament large *gauche*, l'ovaire fut attiré, mais cependant la ligature put être placée en dehors de la glande : dans ce cas nous avons constaté, comme lésion, une déchirure du péritoine au niveau de l'aileron antérieur *droit;* il n'y avait rien à gauche.

Trois fois le fil apposé sur le ligament large céda et se détacha de lui-même.

Dans toutes ces expériences cadavériques, l'ouverture péritonéale produite par le traumatisme était de médiocre dimension, permettant largement toutefois le passage des extrémités rapprochées des cinq doigts.

J'arrive maintenant à l'hystérectomie que j'ai faite sur le vivant dans mon service de Tenon, et dont voici, avec tous ses détails, l'observation rédigée par mon interne, M. Gillet.

Observation. — La nommée Marie L..., femme V..., âgée de 49 ans, couturière, a eu dans son enfance des gourmes à la tête et des ganglions au cou. Née d'une mère rhumatisante, morte à 85 ans, elle a eu un frère également rhumatisant; mais elle n'a présenté elle-même aucune manifestation de cette nature : ni migraine, ni névralgie; elle dit être seulement très nerveuse. A 25 ans, fièvre typhoïde, pas de syphilis.

Réglée à 17 ans, elle a vu ses époques se succéder normalement jusqu'à 37 ou 38 ans, âge auquel les menstrues se renouvelaient toutes les trois semaines; parfois elle se trouvait, dit-elle, dans le sang durant une semaine entière. — Trois enfants morts jeunes, bonnes cou-

ches, la dernière en 1869 : une fausse couche de trois mois et demi, il y a deux ans.

Début de la maladie. — En janvier dernier, la malade eut une perte très considérable avec caillots, mais sans douleur ni colique, qui la réveilla à 6 heures du matin, parce qu'elle se sentit mouillée. Cet accident ne l'empêcha pas de travailler. « Cela lui faisait du bien, à son idée, et elle ne s'en portait que mieux. » Elle n'éprouvait qu'un peu de malaise dans les reins. Cette première perte sérieuse ne dura que deux jours.

Vers Pâques, nouvelle perte, mais sans caillots, sans souffrances, car elle se leva toute la journée et avait bon appétit. Dans l'intervalle des pertes il n'existait aucun écoulement. Le mercredi 10 juin, troisième perte avec caillots, mais sans douleurs. L'hémorrhagie continue le jeudi, le vendredi, le samedi et le dimanche. Le Dr Cahon est appelé et prescrit : glace sur le ventre, tête en bas, pieds élevés, et toutes les demi-heures une cuillerée d'une potion au perchlorure de fer (5 grammes pour 150 grammes), la tisane de grande consoude (8 grammes par litre).

Le 17 juin, la malade entre à Tenon dans le service de M. le Dr Danlos. L'hémorrhagie existe encore, mais moins abondante; le toucher la provoque facilement, et il en est de même si la malade se lève. — Un peu d'odeur des liquides vaginaux. — Constipation datant de neuf jours.

État au moment de l'entrée. — Cette femme entre dans mon service, salle Delessert, n° 13, le 2 juillet. Elle est de taille moyenne, un peu maigre, le teint blanc jaunâtre, les lèvres légèrement bleuâtres, les cheveux gris.

L'hémorrhagie a cessé, et la malade ne se plaint encore d'aucune douleur.

Examen. — Intertrigo brun de la face interne des cuisses et du périnée. — Au *toucher vaginal*, lèvre postérieure du col irrégulièrement découpée, surtout dans sa partie intra-cervicale. Col encore assez ferme, culs-de-sac sains; le doigt ramène du sang sans odeur très marquée. — Au *speculum*, la lèvre antérieure est un peu violacée, mais par places semble normale. La lèvre postérieure présente au niveau du museau de tanche une série de *bourgeons plats* naissant de l'intérieur du col et s'étendant sur cette lèvre postérieure, principalement à droite. Ces bourgeons saignent au contact d'un pinceau de charpie. L'orifice du col est oblique à droite et en arrière, et se prolonge de ce côté en formant un léger coude au niveau duquel on aperçoit une ulcération grisâtre. — Le *toucher rectal* fait reconnaître un corps utérin médiocrement gros, *mais absolument mobile sur la paroi rectale correspondante.* Il existe maintenant des douleurs lombaires vives avec irradiation du côté des fesses et de la jambe gauche. Lorsqu'on exerce une pression sur toutes ces parties, elle provoque même des cris chez la malade. L'état général me paraît assez satisfaisant.

Opération le 25 juillet dans ma salle d'opérations, située tout près la salle commune aux malades.

Les lésions s'étaient manifestement accentuées et le néoplasme avait envahi une petite portion du vagin. La lèvre antérieure est toujours à peu près saine, mais la lèvre postérieure se trouve recouverte par des bourgeons plus mous, saignants, et qui se prolongent sur le vagin dans l'étendue d'un bon travers de doigt.

La malade a été baignée, le rectum vidé. Depuis 15 jours, des injections phéniquées au 100e ont été poussées quotidiennement dans le vagin.

Le pubis et les grandes lèvres sont rasés et lavés avec l'eau phéniquée; nouvelle injection vaginale phéniquée. Spray.

La malade, dans la position du speculum, est anesthésiée : les jambes et cuisses sont fortement fléchies et tenues par deux aides. Je fais écarter les parois du vagin à l'aide de trois valves plates de Jobert. Une sonde métallique est maintenue dans la vessie et poussée légèrement du côté du bas-fond de l'organe.

Je saisis *transversalement* le col et surtout la lèvre antérieure, qui paraît saine, avec une pince à trois griffes, puis avec une seconde pince de Museux, et je l'attire peu à peu près de la vulve.

Incision demi-circulaire de tout le cul-de-sac antérieur du vagin, en se guidant avec précaution sur la saillie que fait la sonde vésicale, et en se rapprochant plutôt du col, qu'on entame légèrement. Le col se déchire, les pinces lâchent et l'organe utérin remonte à sa place. —Quatre fois cet inconvénient se reproduisit et rendit par conséquent ce premier temps de l'opération fort laborieux; enfin, une cinquième fois, je fus assez heureux pour saisir la partie inférieure du corps utérin avec ma pince à trois griffes, et à maintenir l'organe jusqu'à la fin de l'opération. Décollement de la vessie et de l'utérus avec les index, l'ongle ou un instrument mousse. Malgré la lenteur et le soin que je prends, dans ce temps si délicat, je fis à la paroi postérieure de la vessie *une petite boutonnière* par laquelle on vit passer l'extrémité de la sonde maintenue dans la vessie. Sans me préoccuper, pour l'instant, de ce désagréable accident, car la cavité vésicale était vide et l'urine ne pouvait s'échapper par cette perforation, je procédai à l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur en faisant reporter fortement le col en avant, et en ayant soin de me guider sur mon doigt introduit dans le rectum. Très peu de sang jusqu'ici. — Me reportant alors en avant, je déchire la séreuse péritonéale avec les deux index; mais il m'est impossible de faire basculer le corps de l'utérus. J'isole ce ligament large gauche avec mon index droit, qui contourne ce ligament en crochet. Une grande aiguille de Cooper, fortement coudée et armée d'un gros fil de soie phéniqué quadruple, est glissée sur la concavité de mon doigt; les deux anses du fil étant coupées, les deux moitiés supérieures suturent très énergiquement et en masse ce ligament le plus haut possible, les deux inférieures le suturent près de la corne utérine. Section entre les deux ligatures. Pendant que mon interne serre fortement les fils supérieurs les plus importants, j'évite d'exercer une traction sur l'utérus; je le laisse plutôt

remonter un peu. — L'utérus peut alors basculer ; je répète la même manœuvre et j'applique de la même façon, mais plus aisément, les sutures du ligament large droit, et je termine par le décollement et la dissection de ce qui restait encore de tissus au niveau du cul-de-sac postérieur, en n'oubliant pas la zone du vagin atteint par le néoplasme.

Au moment de ce dernier temps, hémorrhagie assez abondante, environ 400 grammes de sang, provenant d'artères vaginales intéressées. Il est impossible de voir d'où vient exactement l'écoulement de sang, et il me répugne d'appliquer, pour ainsi dire au hasard, des pinces hémostatiques au fond du conduit vaginal, qui se remplit de sang chaque fois qu'on en retire les éponges. Nous nous contentons de faire une injection phéniquée forte, puis de tamponner pendant quelques minutes avec des éponges phéniquées neuves. L'hémorrhagie s'arrête. L'épiploon est aperçu au fond de la place.

Je recherche alors la perforation vésicale et lie autour d'elle toute la paroi vésicale *en bourse* avec un fil de catgut moyen.

Pas de suture de la plaie du vagin. Le pansement consiste dans l'application d'un gros drain profond et celle d'une fine éponge neuve phéniquée attachée à un fil et poussée au fond du conduit vaginal, gaze iodoformée remplissant ce conduit *sans trop le bourrer*, sonde vésicale molle laissée à demeure : taffetas laminé, ouate et bandes de gaze appliquées sur des compresses boriquées fermant la vulve.

L'opération a duré une heure vingt minutes.

La malade est reportée dans une chambre particulière.

Suites de l'opération. — 25 *juillet.* État de collapsus assez prolongé et dû au chloroforme. Deux injections sous-cutanées d'éther. Potion de Tood. Extrait thébaïque 0°,08. — P. 100 ; T. à midi et demi 36°, à 5 heures et demie 36°,6, à 8 heures 37°,4. A vomi un peu avant de prendre la première pilule d'extrait thébaïque.

26 *juillet.* Nuit passable. A vomi deux ou trois fois. Ventre non douloureux, non ballonné. — *La malade s'est levée toute seule, pendant la nuit, dans la ruelle de son lit pour uriner, puis elle s'est recouchée toute seule.* — Deux bouillons tièdes, un pot de lait froid. — P. matin 100, soir 126 ; T. matin 37°, soir 37°,2 ; opium 0,10.

27 *juillet.* Pas de douleur abdominale. — P. matin 108 ; T. matin 37°,4, soir 37°,4.

28 *juillet.* — *La malade s'est encore levée, pendant la nuit, et a fait le tour de sa petite chambre, sous prétexte qu'elle était fatiguée au lit ; elle a défait son pansement.* — P. 120 ; T. matin 37°,4. On refait le pansement, on retire la gaze iodoformée, on laisse le drain et l'éponge ; injection boriquée par le drain. On remet de la gaze iodoformée dans le vagin, gaze phéniquée par-dessus, taffetas gommé, ouate. A mangé potage et poulet.

29 *juillet.* Encore de l'agitation. On supprime l'opium. Bromure de potassium 3 grammes. Urine un peu phéniquée avec quelques petits caillots sanguins. — P. matin 128, soir 108 ; T. matin 37°,1, soir 38°,4. Potage, côtelette.

30 *juillet.* N'a pas dormi, mais est plus calme ; douleur au mollet

gauche, sensation de brûlure à la vulve. — P. matin 112, soir 104; T. matin 37°,8, soir 38°.

31 *juillet*. Quelques douleurs à la fesse gauche. — P. matin 108, soir 100; T. matin 37°,6, soir 37°,8.

1er *août*. — P. matin 126, soir 100; T. matin 37°,2, soir 37°,6. Deux verres d'eau Hunyadi-Janos. Pansement le soir. L'éponge est retirée; elle a une odeur très prononcée. Injection boriquée vaginale avec une seringue. Gaze iodoformée dans le vagin et phéniquée au dehors. Petites eschares superficielles, à la fourchette, dues probablement à l'acide phénique fort. Vaseline boriquée sur la vulve.

2 *août*. T. matin et soir 37°,4.

3 *août*. Pansement. Gaze iodoformée retirée avec le drain. Injection boriquée. Tampon d'ouate hydrophyle salicylé et vaseline boriquée. Plus de pansement externe. Lavement glycériné. — T. matin 37°,2, soir 37°,4.

6 *août*. Diarrhée, 15 selles. Sous-nitrate de bismuth, 4 grammes. — T. matin 37, soir 37°,6.

7 *août*. Se plaint d'une légère eschare sacrée et d'écorchures à la vulve. Injection boriquée avec l'irrigateur et non plus la seringue. Le toucher permet de constater que le cul-de-sac vaginal est fermé. — T. matin 37°, 4, soir 37°,2.

11 *août*. On fait passer la malade dans la salle commune. — T. 37°.

13 *août*. Injection boriquée tous les deux jours. Il existe encore quelques petites croûtes au niveau de la vulve et des fesses. La malade ne veut pas se lever, malgré la permission qui lui en est donnée.

11 *septembre*. Elle sort complètement rétablie.

13 *octobre*. La malade est venue me voir à la consultation; elle a toujours le teint un peu mat, mais elle se porte, dit-elle, très bien, et marche sans aucune douleur; pas d'écoulement suspect. Elle était venue me demander combien de fois elle pouvait satisfaire les exigences de son mari.

Examen de la pièce pathologique. — 1° *E. macroscopique*. — L'utérus enlevé mesure 8 centimètres de diamètre vertical et 5 centimètres et demi de diamètre horizontal au niveau du fond. Une section verticale de la face antérieure montre que le néoplasme est exclusivement localisé au col, mais l'occupe en totalité, autant que permettent d'en juger les dilacérations que lui ont fait subir les pinces à griffes. Les parties latérales n'offrent aucun prolongement vers les ligaments larges. La portion du vagin enlevée et attenant à la pièce est manifestement dégénérée. Péritoine et tissu rétro-vésical sain. Pas de métrite interne.

A la face postérieure du corps, et un peu au-dessus de l'isthme, existe un noyau de la grosseur et de la forme d'un haricot. Son aspect à la coupe est celui d'une série de gros points blanchâtres dans un stroma plus rosé. Ce noyau est pris, à l'œil nu, pour du cancer, l'examen histologique, comme on le voit plus loin, en a démontré autrement. Rien sur le péritoine de la face postérieure.

2° *E. histologique.*— Il a été prélevé de petits cubes de 1 centimètre pris sur le col et sur le noyau de la face postérieure. Ces pièces ont été traitées par l'alcool, la gomme picriquée, puis l'alcool ; les coupes ont été colorées au picro-carmin ou au carmin, et montées dans la glycérine ou dans le baume de Canada (éclaircies par l'essence de girofle).

Col. — Les lésions occupent les glandes et le parenchyme. Quelques glandes paraissent saines, et leur épithélium est cylindrique et fortement colorié ; mais la plupart présentent l'aspect caractéristique de l'épithélioma ; les unes ont encore une lumière bordée toutefois par plusieurs rangées de cellules ; les plus extérieures de ces cellules ressemblent encore à l'épithélium normal, mais les noyaux sont multipliés et entre elles se trouvent des cellules irrégulières.

Vers le centre, les cellules sont plus ou moins arrondies, de grandeur différente et possèdent un ou plusieurs noyaux volumineux, très colorés, uni- ou pluri-nucléolés. Le pourtour de la cellule est pâle et la limite très peu marquée. Il n'y a donc pas de membrane d'enveloppe. Les autres glandes sont oblitérées par les mêmes cellules, et leurs premières rangées ne diffèrent pas du reste : enfin, par places se trouvent des amas cellulaires dont l'origine glandulaire ne se reconnaît qu'à la forme des culs-de-sac.

Vers la partie inférieure du col, les lésions sont plus diffuses et les cellules sont infiltrées dans le parenchyme même.

Les vaisseaux sanguins ont leurs tuniques hypertrophiées, remplies de petites cellules, mais non entamées par le néoplasme.

Nous avons donc affaire ici à un *épithélioma*, et l'origine du néoplasme est dans les glandes.

Corps. — Le noyau dont j'ai parlé plus haut et qui se trouvait sur la face postérieure n'a présenté que des faisceaux de fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif. En aucun endroit on n'a trouvé de cellules d'épithélioma. On était donc en présence d'un *fibromyome.*

Réflexions. — Je ne veux pas insister davantage ici, au point de vue opératoire et clinique, sur la *perforation vésicale* survenue pendant le décollement de l'utérus et de la vessie [1], et sur les

[1] Le même accident est arrivé à Sauter (de Constance), qui est regardé comme le premier chirurgien ayant pratiqué en 1822 l'extirpation complète de l'utérus et avec succès. Dans la description de sa fort curieuse observation, Sauter dit : « ... Je trouvai que les tentatives de séparation de la matrice d'avec la vessie avaient intéressé cet organe, qu'elle s'était opérée plutôt dans la direction vers la vessie que dans celle vers la matrice, et que la lésion de

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 48.11.85. *Le Gérant :* G. MASSON.

imprudences et la grande indocilité de la malade, incidents qui n'ont point eu heureusement de conséquences funestes, je désire appeler brièvement l'attention sur plusieurs détails qui ne laissent pas que d'avoir leur importance.

Le *mouvement de bascule* de l'utérus est bien difficile, peut-être même dangereux à obtenir avant la ligature et la section d'un des ligaments larges. Chez la malade précédente il n'a pu avoir lieu. Chez une autre femme à laquelle j'ai pratiqué, beaucoup plus facilement que chez la première, l'hystérectomie vaginale le 20 octobre et qui a succombé le cinquième jour, j'ai réussi, sans trop d'effort, à faire basculer le corps utérin avant de pratiquer la division d'un des ligaments larges : il est vrai que dans ce dernier cas le corps de l'organe n'était pas très volumineux.

La section des culs-de-sac vaginaux, principalement le postérieur, donne lieu à un écoulement sanguin abondant, voire même une *hémorrhagie*. Chez mes deux malades, il en a été ainsi : mais je crois en pareil cas qu'il est bien difficile, sinon impossible, d'aller à la recherche des branches artérielles vaginales et d'y appliquer des ligatures : de plus l'application de pinces hémostatiques ne peut guère se faire qu'au hasard, et par conséquent elle est dangereuse comme tous les temps opératoires qui s'effectuent à l'aveuglette. J. Bœckel, dans la pose d'une de ces pinces, a intéressé l'uretère. Si j'en juge par les deux malades opérées par moi, cette hémorrhagie semblerait pouvoir être conjurée par le tamponnement provisoire fait avec une éponge fine laissée quelques minutes, et après une injection phéniquée forte : cela me paraît si vrai que sur ma deuxième opérée qui est morte, et dont j'ai pratiqué l'autopsie, je n'ai pas retrouvé une goutte de sang dans le petit bassin.

Le pansement définitif est simple, mais *je préfère ne pas trop bourrer le conduit vaginal* avec la gaze antiseptique, car il me semble beaucoup plus logique, au lieu d'écarter fortement les parois du vagin, de laisser, après l'opération, les parois et les lèvres de la solution de continuité des culs-de-sac revenir en place et s'appliquer d'elles-mêmes pour fermer d'autant l'ouverture abdominale.

Enfin je termine en signalant l'état de *collapsus* très grand dans lequel les femmes se trouvent plongées après ce grand traumatisme : il fut tel chez mes deux malades que j'ai craint une terminaison funeste à bref délai dans les moments qui ont suivi l'opération.

a vessie était importante... » in *Die gänzliche Extirpation der carcinomatösen Gebärmutter, etc., mit Abbildungen*, vol. in-18 de 188 pages, Constanz, 1822. [Extirpation de la matrice; esquisse historique, opération princeps de Sauter par le professeur Hergott (de Nancy), broch. de 16 pages, Steinheil, édit. 1885.]

Cet état est dû non seulement à la lésion du péritoine, mais encore et surtout à la longueur de l'acte opératoire et au chloroforme absorbé, dont il faut savoir modérer la dose le plus possible.

Communication et présentation de pièce.

M. Le Dentu communique également l'observation et présente la pièce pathologique d'une malade de 33 ans atteinte de carcinome du col, à laquelle il a pratiqué l'*hystérectomie vaginale*. La malade a succombé douze heures après l'opération.

Hystérectomie par la voie vaginale pour un cancer de l'utérus. — Mort.

Par M. Le Dentu.

Je profite de l'occasion pour vous faire connaître un cas d'hystérectomie vaginale qui m'est propre et qui malheureusement s'est terminé par la mort :

Observation (recueillie par M. Berthod, interne du service). — Joséphine H..., 33 ans, couturière, entre le 1er octobre 1885, à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, service de M. Le Dentu.

Amaigrie, d'une pâleur cireuse, elle paraît très affaiblie à la suite, dit-elle, des pertes de sang considérables qu'elle a subies et qui ont déterminé son médecin à la faire traiter à l'hôpital.

Ses antécédents héréditaires du côté du père et de la mère, interrogés avec soin, ne nous fournissent aucun renseignement. Elle-même a eu six enfants. Ses couches ont été bonnes, et c'est seulement deux ans après la dernière, c'est-à-dire il y a environ quatre ans, qu'elle aurait vu débuter l'affection dont elle souffre en ce moment. Des douleurs extrêmement vives, des pertes d'abord blanches, puis roussâtres, enfin des ménorrhagies considérables, alternant avec des hémorrhagies dans l'intervalle des règles, en marquèrent les principaux stades, et aujourd'hui elle se présente à nous dans l'état suivant :

H... est d'une grande faiblesse, très anémiée, elle mange peu, mais cependant n'a point de dégoût pour les aliments. Ses poumons fonctionnent normalement; souffle anémique au cœur, ainsi que dans les vaisseaux du cou.

Ses urines sont rendues en quantité normale, et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les viscères abdominaux : foie, rate, reins, ne révèlent aucun changement notable à la palpation ou à la percussion ; mais l'utérus est augmenté de volume, est sensible à la pression, son fond dépasse le niveau

du pubis; il ne paraît point cependant sensiblement déformé. Sur ses parties latérales et particulièrement à droite, quoique les plans profonds aient conservé la rénitence qui leur est propre, la pression de la main est assez douloureusement ressentie.

Le toucher vaginal fait reconnaître un col volumineux, hypertrophié et fongueux, surtout au niveau de la lèvre postérieure; l'orifice en est largement béant et admet facilement la pulpe de l'index; l'utérus paraît avoir un volume sensiblement double de celui qu'il présente à l'état normal; mais il est régulier et mobile, il n'est point dévié et au-devant de lui la cloison vésico-vaginale et la paroi vésicale elle-même paraissent n'avoir subi aucune modification pathologique.

Par le rectum, on arrive avec l'index recourbé à accrocher le fond de l'utérus. Le cul-de-sac de Douglas est libre et les ligaments larges sont normaux; sur les parties latérales on ne perçoit pas trace d'induration.

L'examen au spéculum, pratiqué avec précaution en raison de la facilité avec laquelle la malade perd du sang, fait voir d'une façon bien nette qu'il s'agit *d'un épithélioma du col utérin propagé vraisemblablement à la muqueuse du corps.*

Dans ces conditions, se fondant sur l'âge peu avancé de la malade, sur les hémorrhagies utérines qui l'affaiblissent de jour en jour et dont aucune médication ne paraît jusqu'ici avoir eu raison, sur la localisation, qui paraît bien nette de la lésion à l'utérus, sur les instances de la malade elle-même, qui réclame une intervention radicale, enfin sur l'impossibilité de dépasser les limites du mal par la simple amputation du col, M. Le Dentu se propose de pratiquer l'ablation totale de l'organe dégénéré.

La malade est soumise d'abord à un régime reconstituant, en même temps que des injections antiseptiques (chloral au 1/100e, acide phénique 1/200e, permanganate de potasse 1/300e) dans le vagin et des applications de poudre d'iodoforme sur le col utérin sont prescrites successivement. Sous l'influence de ce traitement, les hémorrhagies cessèrent, l'état général se releva un peu. Les lésions, d'autre part, paraissaient toujours bien limitées à la matrice, si bien que cinq jours après la fin de l'écoulement menstruel M. Le Dentu se décida à pratiquer l'hystérectomie par la voie vaginale.

La veille, H... a pris un grand bain savonneux très chaud, une injection phéniquée au 1/40e a été pratiquée dans le vagin, et le matin même de l'opération une nouvelle injection phéniquée au 1/20e a été faite au moyen d'un entonnoir en verre.

L'opération fut exécutée le 20 octobre, avec l'aide de MM. les Drs Walther et Auvard, anciens internes de M. Le Dentu. Commencée à 9 h. 40 m., elle ne fut terminée qu'à 11 h. 45 m., et pendant plus de deux heures la malade fut soumise au chloroforme. Dans ce temps sont comprises toutes les précautions préliminaires : enveloppement des jambes, savonnage, lavages phéniqués, antisepsie vaginale, cathétérisme. Nous indiquerons sommairement les temps principaux de l'opération.

1° L'utérus est amené à la vulve, sans grand effort, au moyen de

tractions avec deux fortes pinces de Museux, placées l'une après l'autre de plus en plus haut.

2° Incision circulaire de la muqueuse vaginale autour et un peu en dehors du col utérin, décollement avec la spatule et avec le doigt de la vessie en avant, déchirure avec le doigt du péritoine dans le cul-de-sac antérieur. Ce temps a été facilité par l'introduction d'une sonde directrice dans la vessie.

3° Le bord supérieur du ligament large droit est accroché avec l'index de la main gauche et attiré en bas. A un centimètre environ en dehors du bord de l'utérus, et au moyen d'un porte-fil spécial, M. Le Dentu pratique dans le ligament large droit 4 ligatures élastiques ; la trompe, qui a pu être facilement isolée, est entourée d'un fil spécial de forte soie phéniquée. (*Voir les détails plus loin.*)

Passant alors au côté gauche, M. Le Dentu jette une première ligature élastique sur la trompe, puis tente d'opérer comme il a fait à droite ; mais la tension des parties crée de telles difficultés qu'il est reconnu nécessaire de sectionner d'abord le ligament large droit entre deux pinces courbes. Ceci fait, deux fortes ligatures en soie sont jetées à gauche ; le ligament large de ce côté se trouve alors lié en 3 segments. Section de ce même ligament entre deux pinces courbes, comme pour le premier.

L'utérus, libéré de ses dernières attaches, est facilement enlevé.

Sans se préoccuper de suturer le péritoine, et voulant d'ailleurs laisser à demeure, pour plus de sûreté contre l'hémorrhagie, les grandes pinces des ligaments larges, M. Le Dentu place au fond du cylindre vaginal deux sutures en soie qui rétréciront, sans l'obturer complètement, l'orifice de communication avec le péritoine. A ce moment une petite artériole donne sur la droite, au fond du vagin, et nécessite l'application d'une pince hémostatique.

M. Le Dentu, en dehors des sutures vaginales et de chaque côté, place un drain qui pénètre dans le péritoine et vient aboutir à la vulve ; il introduit également à droite, et presque au fond, un petit tampon de gaze iodoformée et remplit le vagin de gaze iodoformée. Pansement avec la ouate hydrophile et bandage de corps.

A 2 heures la malade était très abattue, son pouls était très petit ; elle se plaint de douleurs vives et de ténesme vésical. Le cathétérisme évacue quelques gouttes d'une urine noirâtre mais non sanglante. Champagne frappé, rhum étendu d'eau glacée. A 5 heures, 36°,5 ; R. 30 ; P. 113, très faible. A 7 h. 30 m. M. Le Dentu prévoit une issue fatale prochaine, et à 11 h. 15 m., c'est-à-dire un peu moins de douze heures après l'opération, la malade succombait dans le collapsus.

Autopsie. — L'autopsie fut pratiquée le 22 octobre, trente-trois heures après la mort. Plèvres saines ; parenchyme pulmonaire légèrement induré au niveau des deux sommets, un peu de congestion hypostatique, pas d'épanchement dans le péricarde ; cœur légèrement graisseux, les orifices en sont sains, les valvules intactes ; petits caillots fibrineux dans l'intérieur des ventricules.

L'estomac est détendu par les liquides ; rate petite, 115 grammes;

reins anémiés, exsangues, la capsule se détache facilement au microscope, leur substance est normale, ils pèsent 90 grammes à gauche et 120 grammes à droite.

Le foie (780 gr.) est extrêmement petit, exsangue, la coupe ne révèle aucune lésion appréciable à l'œil nu; légère congestion de la moitié droite de l'intestin, pas trace de péritonite à sa surface.

Pour bien étudier l'état des parties voisines de l'utérus, les organes pelviens sont enlevés en masse.

Quelques petits caillots se sont formés à la partie inférieure de la cavité péritonéale; un tampon y a été introduit et est retrouvé accolé au drain de droite.

Au niveau du ligament large droit, les quatre ligatures élastiques tiennent solidement, sauf une qui semble coupée, mais qui tient en place; elles n'ont point été intéressées lors de la section avec le bistouri; il en est de même à gauche.

Les ligaments larges et les organes qu'ils contiennent *ne sont point dégénérés*, non plus que le rectum et la vessie; pas trace de *ganglions envahis par le cancer* dans les alentours.

Les uretères, dans l'intérieur desquels M. Le Dentu a introduit par la vessie de petites bougies, sont reconnus intacts : nulle part ils n'ont été intéressés par les liens posés sur les vaisseaux; mais on reconnaît que leur embouchure dans la vessie se fait très près du cul-de-sac artificiel, que forment, au fond du vagin, les deux points de suture appliqués pour réunir les parois vaginales. C'est donc pendant le premier temps de l'opération, lors de la section circulaire de la paroi vaginale, et à la fin, lorsqu'une pince dut être placée et maintenue sur un vaisseau qui donnait au fond du vagin, que leur blessure était le plus à redouter.

Examen de la pièce. — L'utérus extirpé pèse 117 grammes, il est long de 12 centimètres, large de 7 et épais de 6; son col est particulièrement volumineux, il ne paraît point trop déformé.

Le tissu morbide se rencontre surtout au niveau de la lèvre postérieure du col, qui est exubérante et ulcérée en plusieurs endroits. La portion directement attenante du cul-de-sac vaginal postérieur est également atteinte. Sur une coupe à l'œil nu, le parenchyme utérin paraît sain au niveau du corps, mais la muqueuse n'a point son apparence normale, quoiqu'elle ne soit point ulcérée; peut-être est-ce là un commencement d'envahissement par le néoplasme.

L'examen microscopique pratiqué au Collège de France a démontré depuis qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé dont le point de départ se trouvait dans les cellules pavimenteuses du col de l'utérus. *Le tissu du corps est intact*, malgré l'hypertrophie signalée plus haut, mais les lésions dépassaient en haut les insertions vaginales.

Remarques. — J'ai peu de chose à ajouter à l'observation précédente. L'intérêt qu'il y a à bien régler dans l'avenir les divers

temps de l'opération m'oblige cependant à revenir sur certains détails.

La ligature du premier ligament large que l'on cherche à sectionner est de beaucoup plus difficile que celle du second. On sait qu'on a souvent vu les fils lâcher prise après la section qui doit isoler l'utérus par un de ses bords. Ceci a amené certains opérateurs à se servir de fils élastiques de préférence aux fils de soie. Quels que soient ceux qu'on emploie, il est malaisé de les placer convenablement. Aussi ai-je fait construire par M. Collin, pour cet usage, une aiguille spéciale, ou plutôt un porte-fil à extrémité mousse dont voici la description :

Cet instrument se compose d'une solide tige d'acier légèrement incurvée sur son axe et portée par un manche en bois. A environ 12 centimètres du manche, cette tige se recourbe fortement sur elle-même suivant un rayon de courbure d'un centimètre à un centimètre et demi, et elle se termine par une extrémité émoussée capable de traverser les tissus en les déchirant.

Toute la portion courbée est profondément cannelée sur sa convexité comme un cathéter uréthral. L'extrémité est percée de deux larges chas éloignés d'un demi-centimètre. La pointe n'est séparée de la tige du porte-fil que par un intervalle de deux centimètres. Elle revient donc vers l'opérateur, dans la direction du manche.

Dans un deuxième modèle que j'ai fait exécuter, elle se termine par une inflexion en S très allongé.

La cannelure est destinée à loger un fil double dont l'anse est passée dans les deux chas, où elle glisse facilement lorsqu'on exerce sur elle des tractions. On peut maintenir le fil tendu sur la cannelure, pendant l'introduction de l'aiguille, en en fixant les extrémités sur une sorte de petit taquet à deux branches que porte le manche.

Voici maintenant la manœuvre de l'instrument. Je suppose le vagin incisé circulairement, la vessie séparée de l'utérus et le cul-de-sac péritonéal antérieur incisé ou déchiré. L'index de la main gauche, recourbé en crochet, accroche le bord supérieur du ligament large droit et l'attire en bas.

L'opérateur, tenant le porte-fil *verticalement*, le manche en bas, l'extrémité tournée vers l'opérée, accroche le ligament large droit entre l'index gauche et le bord de l'utérus. La pointe de l'instrument se trouve alors derrière le ligament large. Pour lui faire traverser ce dernier, il suffit de relever le manche horizontalement. L'extrémité se place d'elle-même derrière le point du ligament large qu'on veut traverser. Une légère traction en

avant, combinée avec de petits mouvements d'oscillation, l'amène sous les yeux de l'opérateur.

On détache alors les extrémités du fil retenues au taquet, et, au moyen d'un petit crochet aigu de Sims, on dégage l'anse des deux chas où elle glisse, et on la coupe.

On dégage le porte-fil des deux extrémités de l'anse coupée et on le retire. Une de ces extrémités est nouée de suite avec celui des deux fils passés par-dessus le ligament large qui lui correspond. Le second de ces fils est introduit dans les deux chas du porte-fil, et par une manœuvre analogue à celle que je viens de décrire on traverse un autre point du ligament large situé *un peu plus bas* que celui qu'a traversé la première anse de fil.

On attire cette autre anse, on la coupe, on dégage de nouveau l'aiguille, et on la rctire encore, toujours par en haut; on la charge d'une nouvelle anse, et ainsi de suite.

On peut placer ainsi de haut en bas ou de bas en haut trois, quatre ou cinq ligatures, *avec un fil unique*. Il faut donc que ce dernier ait une longueur de 60 ou 80 centimètres. Si l'on procédait de bas en haut, il faudrait accrocher le bord inférieur du ligament large en tenant le manche de l'instrument verticalement en haut.

Il faut encore que les ligatures soient placées à unc distance *d'au moins* un centimètre du bord de l'utérus, pour qu'on puisse détacher ce dernier sans s'exposer à couper les fils.

Pour ce temps de l'opération je me suis servi dc grandes pinces à mors longs de 6 centimètres environ, courbés *sur le plat*. J'ai placé d'abord une de ces pinces au voisinage immédiat de l'utérus, puis une seconde immédiatement en dehors de la première, et j'ai coupé entre les deux avec des ciseaux. De cette façon j'ai évité l'hémorrhagie qui aurait pu provenir des vaisseaux utérins, et j'ai protégé ma ligne de ligatures, pas assez cependant pour éviter la section d'une des anses, ce qui m'a déterminé à laisser la pince à demeure pour vingt-quatre heures.

La ligature et la section du second ligament latéral peut se faire avec n'importe quels instruments et avec des fils ordinaires. Ici l'opérateur est à son aise et doit en profiter pour avancer le plus vite possible. Il pourra se servir encore des grandes pinces *courbées sur le plat* pour le détachement de l'utérus, mais seulement, *comme la première fois, après que les fils auront été mis en place*.

Je crois devoir insister sur la nécessité de bien séparer la face postérieure de la vessie et la portion terminale des uretères de la face antérieure de l'utérus. Comme vous pouvez le constater sur cette préparation anatomique, la dernière partie du conduit urinaire est placée sur les côtés et même en avant du col de

l'utérus. Ce n'est donc pas au moment de la ligature des ligaments larges qu'on risque le plus de les blesser, mais bien dans le cas où des artérioles vaginales donnent du sang, et où, ne pouvant les voir assez pour les lier, on est réduit à les saisir avec des pinces hémostatiques qu'on devra laisser à demeure quelque temps.

Quoi qu'il en soit, ce rapport anatomique devra toujours être présent à l'esprit des opérateurs.

Discussion.

M. Gillette fait remarquer que M. Le Dentu a eu à lutter chez sa malade, comme sur ses deux opérés, contre un écoulement de sang abondant après la dernière section du cul-de-sac postérieur. Il pense comme lui qu'il est, en pareil cas, impossible et même dangereux d'agir au fond du vagin à l'aide de pinces hémostatiques ; mieux vaut s'en tenir, ce qui lui a réussi dans les deux cas, aux injections antiseptiques fortes et à la compression temporaire avec une éponge fine laissée quelque temps en place au fond du conduit.

M. Trélat. M. Le Dentu nous dit que probablement le corps utérin est atteint par le néoplasme parce qu'il est très gros; c'est là une chose à bien examiner. Dans le cas que j'ai communiqué à la Société, le corps de l'organe était énorme, et ma conviction était que certainement il était envahi ; cependant l'étude qui en a été faite dans le laboratoire de M. Malassez n'a pu y faire rencontrer que de la métrite parenchymateuse chronique. Il ne faut donc pas croire que le corps soit atteint par le néoplasme rien que parce qu'il est très volumineux.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 11 novembre 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les tomes III et IV du *Traité de chirurgie* du professeur S. Albert (de Vienne) (Lehrbuch der Chirurgie und Operations lehre, Wien, 1885) ;

3° L'*Annuaire du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre pour* 1885 (Calendar of the royal College of surgeons of England);

4° *Contribution à l'étude des éléments de pronostic et de détermination opératoire chez les tuberculeux*, par le Dr Malboux, médecin-major de 1re classe (Commissaire : M. Chauvel).

5° M. le Dr Masse, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant national, envoie un certain nombre de brochures chirurgicales : *De la cicatrisation dans les différents tissus; — Des inoculations préventives des maladies virulentes; — Des tumeurs perlées de l'iris*, etc.;

6° *Sur trois cas de thyroïdectomie et insertion complète de la matrice à la suite d'un accouchement; hystérectomie par la ligature élastique; guérison*, par le Dr Hicquet, correspondant de l'Académie royale de Belgique;

7° M. le Dr Kirmisson se porte candidat à la place vacante de membre titulaire, et envoie l'exposé de ses titres;

8° *Rabelais, chirurgien; applications de son glossocomair dans les fractures du fémur*, etc., par Henlhard-Nivernoys;

9° M. Peyrot se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante.

A propos du procès-verbal.

Hystérectomie vaginale suivie de mort,

Par M. G. Richelot.

M. Richelot. Depuis quelques mois, la Société de chirurgie a eu connaissance de plusieurs cas d'hystérectomie vaginale, pratiquée pour des cancers de l'utérus par nos collègues MM. Tillaux, Terrier, Trélat, Gillette et Le Dentu. A mon tour, je vous apporte une observation nouvelle.

Herminie R..., 35 ans, est entrée à l'hôpital Bichat le 1er août 1885, pour un épithélioma du col utérin.

Les antécédents de cette malade se résument en quelques mots : fièvre typhoïde à 8 ou 9 ans; réglée à 14 ans; mariée à 20 ans; deux grossesses.

La santé s'altère depuis trois ans environ ; douleurs dans le ventre et dans les reins ; l'appétit et les forces diminuent. Dans les premiers jours de février 1885, première métrorrhagie durant toute la nuit; seconde perte huit jours après. Le 15 février, elle entre à l'hôpital de Lagny (Seine-et-Marne), et subit le 26 mars l'amputation partielle du col utérin. Elle sort le 26 avril et, pendant trois mois, va se faire panser à l'hôpital une ou deux fois par semaine. Vers le 24 mai commencent de nouvelles pertes, jaunâtres et de mauvaise odeur; puis, à partir du 1er juillet, les pertes rousses alternent avec de vraies métrorrhagies.

Lorsqu'elle entre à l'hôpital Bichat, l'examen démontre un épithélioma végétant du col utérin, dont la limite supérieure ne peut être déterminée. L'utérus est mobile, le vagin et les ligaments larges sont indemnes. La santé générale étant bien conservée, l'intervention radioale paraît absolument légitime. — Injection de sublimé deux fois par jour, en attendant l'opération.

Avec l'aide de mes amis MM. Paul Berger et Landowski, je pratique le 8 août l'hystérectomie vaginale. L'anesthésie est faite par M. Poupinel, interne du service.

Après une large irrigation antiseptique, le col est saisi avec deux pinces de Museux et l'utérus facilement abaissé. Incision du cul-de-sac antérieur, décollement de la vessie à l'aide d'un instrument mousse, ouverture du péritoine au fond de la plaie par le bistouri, puis agrandissement de l'ouverture avec les doigts, tout marche régulièrement, comme dans les observations de MM. Tillaux et Terrier. Même manœuvre en arrière, pour inciser le cul-de-sac postérieur et séparer l'utérus du rectum. Alors, l'index de ma main gauche accroche le bord supérieur du ligament large du côté droit et cherche à faire basculer le fond de l'utérus en avant. Ce mouvement n'étant pas possible, je prends la résolution d'attaquer par le bord inférieur. A l'aide d'une aiguille courbe, je passe successivement deux fils de soie simples, dont l'un embrasse la moitié supérieure, et l'autre la moitié inférieure

du ligament large. M. Berger serre vigoureusement chacun de ces deux fils. Cependant, n'ayant qu'une confiance limitée dans la striction ainsi produite, nous plaçons encore deux fils doubles, et M. Berger les serre de toute sa force. La manœuvre a été fort pénible et nous a demandé beaucoup de temps.

Couper au ras de l'utérus, attirer celui-ci au dehors, et placer des fils sur le second ligament large, ces divers temps ne sont plus rien, pour ainsi dire. Je lie en quatre faisceaux le ligament que j'ai sous les yeux, et l'utérus est complètement séparé. Mais aussitôt je vois couler du sang, parce qu'un des quatre fils n'a pas été bien serré; il me faut prendre encore six vaisseaux avec des pinces et placer six nouveaux fils de soie. C'est alors seulement que je me décide à couper au ras tous les fils et à laisser les deux ligaments se retirer dans l'abdomen.

J'essuie doucement la plaie avec des éponges trempées dans le bichlorure, je place au fond du vagin un point de suture adossant la séreuse, de chaque côté un tube à drainage, enfin quelques tampons de gaze iodoformée; un pansement de Lister couvre la région. L'opération a duré plus d'une heure et demie.

Vomissements dans la journée, deux piqûres de morphine. T. 38°,3; P. 106.

Le 9 *août*, les vomissements continuent; il n'y a ni ballonnement ni douleur; piqûre de morphine. — T. matin 38°; P. 118. — T. soir 38°,8; P. 118.

Le 10, toujours quelques vomissements; la malade est abattue et se plaint. Le soir, les vomissements ont cessé après l'ingestion de trois cuillerées d'une solution de morphine au millième. T. matin 38°,6; P. 114. — T. soir 39°,4; P. 114.

Le 11, j'enlève les tampons iodoformés et les tubes, qui donnent depuis le début un suintement sanieux; je fais une irrigation vaginale très douce avec le sublimé, et je replace dans le vagin un peu de gaze iodoformée. — T. matin 39°,4 ; P. 114.

La malade n'a plus de vomissements, mais l'abdomen est très douloureux. Le soir, la température monte à 40°,4, et la mort arrive à 9 heures et demie.

L'autopsie, faite le 13 août, nous montre une péritonite généralisée; tous les intestins sont rouges, congestionnés, légèrement adhérents. Dans le petit bassin, nous trouvons un grand verre de liquide épais, brun rougeâtre, mélangé de pus et de sang. Le ligament large du côté droit est enveloppé de caillots qui adhèrent à la surface de section; les fils de soie l'entourent mollement sans l'étreindre. Du côté gauche, au contraire, les fils sont bien serrés.

Cette observation, messieurs, est la huitième qui vous est présentée depuis le mois de juin 1885. Elle termine une série où se comptent des succès et des revers.

La malade de M. Tillaux et celle de M. Trélat ont guéri. Sur les deux opérées de M. Terrier, l'une a guéri et l'autre a succombé.

M. Gillette, sur deux cas également, a eu une guérison et une mort. Enfin, l'opération de M. Le Dentu et la mienne se sont terminées fatalement. Total : 4 guérisons, 4 morts.

Je ne rappelle pas les observations de MM. Demons, J. Bœckel, ni celles qui nous viennent de l'étranger. Mon but est seulement d'attirer votre attention sur un point qui me paraît essentiel.

Je suis de ceux qui pensent que l'hystérectomie vaginale est une excellente opération, destinée, dans un avenir prochain, à donner à la plupart des malades une survie prolongée, exempte de douleurs, d'opérations successives et de traitements palliatifs péniblement supportés. Mais, pour atteindre ce but, que les derniers faits nous permettent seulement d'entrevoir, il faut d'abord chercher les causes qui rendent l'opération si grave en certains cas, et finiraient par nous rendre plus timides si nous ne pouvions les écarter.

La malade de M. Le Dentu et l'une de celles de M. Gillette ont succombé au collapsus, au « choc opératoire » ; celle de M. Terrier et la mienne sont mortes de péritonite, mais celle-ci était causée par une hémorragie pelvienne, dont la source était le ligament large du côté droit mal serré par les ligatures. Je puis cependant vous affirmer que chez mon opérée les fils ont été placés avec le plus grand soin, et serrés avec une conscience et une vigueur peu communes par mon collègue M. Berger, qui m'assistait. Mais ce temps de l'opération est extrêmement difficile ; c'est la pierre d'achoppement de l'hystérectomie vaginale ; c'est la grosse difficulté qui entraîne deux conséquences également fâcheuses : la prolongation des manœuvres et la possibilité de l'hémorrhagie.

Tous les auteurs ont cherché à simplifier la ligature du premier ligament large ; on a tout proposé, même de ne pas le lier du tout. Néanmoins, nous ne sommes pas encore très avancés.

Quand on dépouille les statistiques, on trouve notés, comme causes de mort, la péritonite, l'hémorragie et le collapsus. D'après ce qui nous est arrivé à mon collègue Terrier et à moi, j'ai lieu de croire qu'un bon nombre de péritonites, signalées sans autre commentaire, étaient dues à l'hémorrhagie pelvienne. Quelle que soit, d'ailleurs, la fréquence de l'hémorrhagie, tout procédé qui simplifiera le traitement des ligaments larges tendra du même coup à éloigner les autres causes de mort, en diminuant la durée et la violence des manœuvres. Tout se résume donc à trouver un moyen qui atteigne ce double but : 1° assurer l'hémostase ; 2° abréger la durée de l'opération.

Or, ce moyen existe, il est entre nos mains. MM. Trélat et Le Dentu l'ont utilisé, mais seulement à titre auxiliaire : je veux parler des pinces longues qu'ils nous conseillent de placer temporairement

sur le ligament large avant de le couper. Je crois que ces pinces, étreignant les deux ligaments larges pendant vingt-quatre heures, nous dispenseront des ligatures, et rempliront parfaitement la double indication que je vous ai signalée.

Et d'abord, l'opération durera une demi-heure au lieu d'une heure et demie ; car c'est l'attaque du premier ligament qui prolonge indéfiniment les manœuvres. On arrive assez vite à isoler l'utérus et à saisir le ligament. Or, une fois saisi avec les doigts, rien n'est plus facile que de le mordre avec la pince longue. Après la section au ras de l'utérus et l'extraction hors du vagin, il est encore plus simple de mordre le second. Le péritoine pelvien ne sera plus offensé par l'introduction pénible et réitérée des aiguilles et des doigts. N'est-il pas important, ici comme dans l'ovariotomie, de refermer vite le péritoine et d'y fourrager le moins possible ?

En second lieu, l'hémostase est assurée, car la pression des pinces pendant vingt-quatre heures suffit à oblitérer définitivement des artères même volumineuses. Il m'est arrivé plusieurs fois d'extirper des cancers du rectum remontant très haut sans autre outillage que les ciseaux courbes et les pinces à pression, que je laissais jusqu'au lendemain ; l'opération, si longue et si pénible quand on enlève une longue portion d'intestin avec les instruments dits hémostatiques, se fait ainsi très rapidement et en toute sécurité.

Je ne vois d'ailleurs aucun inconvénient qui puisse compenser les avantages des pinces longues substituées aux ligatures. Les tissus comprimés par la pince se comporteront sans doute comme les tissus étranglés par le fil ; la présence indéfinie de plusieurs gros fils de soie dans la cavité pelvienne sera évitée, non sans profit. Les pinces rempliront l'office de drains pendant vingt-quatre heures, et, entre elles deux, nous suturerons la plaie vaginale comme nous l'avons fait jusqu'ici. Le lendemain, elles seront enlevées sans violence, et presque sans déranger la malade ; à chacune sera substitué un tube en caoutchouc ; car le drainage, dont la valeur a été contestée, me paraît utile pendant les premiers jours.

En résumé, messieurs, je ne crois pas me faire illusion en disant que la suppression du temps le plus difficile de l'hystérectomie vaginale constituera un véritable progrès, puisqu'elle abrégera la durée de l'opération, diminuera la violence des manœuvres et préviendra sûrement l'hémorrhagie. Le procédé que je vous propose, et que j'emploierai certainement à la première occasion, c'est la pince à pression pendant vingt-quatre heures substituée à la ligature des ligaments larges. L'antisepsie fera e

reste, et l'opération ainsi réglée nous donnera, j'espère, de beaux succès.

Discussion.

M. Marchand. J'ai fait une hystérectomie vaginale, il y a quatorze jours de cela, la malade va bien, mais comme on ne peut encore la considérer comme guérie, j'attendrai quelque temps avant de donner l'observation.

Je me suis servi pour faire cette opération des procédés ordinaires, et je dois dire que, quant à moi, je n'ai trouvé aucune difficulté pour lier les ligaments larges.

En ce qui concerne les difficultés que cependant divers chirurgiens ont éprouvées pour faire la ligature de ces ligaments, principalement celui que l'on aborde le premier, il est un procédé, préconisé par Müller (de Berne), qui me paraît assez singulier. Ce procédé consiste à isoler l'utérus, puis, après ou avant son inversion, à le fendre sur la ligne médiane, point au niveau duquel les vaisseaux, peu volumineux, ne donnent qu'une quantité de sang insignifiante ; on fait ensuite basculer les deux moitiés de l'utérus et l'on pratique les ligatures par les procédés ordinaires. Dans ces conditions, la ligature de chaque ligament large est aussi facile que la ligature du second d'après les procédés classiques.

M. Gillette. Ne l'ayant pas mise en pratique, je ne veux pas juger la valeur de la méthode de Müller, bien qu'elle me paraisse ajouter encore au traumatisme de l'hystérectomie, si grand déjà quand on l'exécute par les moyens ordinaires, et aussi à la perte du sang, de quelque petit calibre que soient les vaisseaux divisés ; je désire seulement faire remarquer que si cette section médiane de l'utérus facilite la ligature des ligaments larges, c'est en relâchant ces derniers ; or, je crois qu'on arrive au même résultat en soulevant tout l'utérus, au lieu d'exercer sur lui une traction, et en le repoussant en haut au moment où on applique les ligatures des ligaments, qui, par ce mouvement, se trouvent relâchés : c'est du moins ce que j'ai fait sur mes deux opérées.

A propos du procès-verbal et du rapport de M. Terrier.

M. Terrillon. Je dépose sur le bureau l'observation de la malade dont j'ai parlé dans la dernière séance.

Le drainage n'a pas été établi, ainsi que je l'ai indiqué, et malgré cela ma malade n'a eu aucun accident et peut être considérée comme guéri actuellement.

En même temps je désire relever une critique de M. Terrier, à

propos de ma leçon sur les *Ascites dans les tumeurs abdominales*, publiée dans le n° 41 de la *Semaine médicale*, 1885.

Comme cette leçon a été recueillie non par moi, mais par mon interne, et non revue par moi, il s'est glissé une phrase qui manque d'exactitude ou prête à une interprétation vicieuse. Il s'agit d'une variété d'ascite rare, il est vrai, mais qui mérite d'attirer l'attention.

Dans le cas d'inflammation péritonéale avec ascite et surtout de végétations multiples à la surface d'un kyste dans les mêmes conditions, le pus peut s'altérer, et donner au liquide un aspect semblable à du lait coupé d'eau. Une odeur spéciale, semblable à du lait ou fromage aigre, se développe dans ces cas et devient un signe diagnostic de ces ascites.

Dans d'autres cas, cette couleur spéciale et cette odeur caractéristique proviennent de la caséification des papilles recouvrant le kyste. Cette déliquescence graisseuse du papillome donne dans le liquide des substances grasses, qui s'émulsionnent, s'aigrissent ou fermentent et donnent une odeur butyrique spéciale.

J'ai vu deux cas de ce genre, un il y a trois ans et l'autre au moment où je faisais ma leçon. L'analyse du liquide me permit de faire un diagnostic exact.

Kyste de l'ovaire, sans végétations extérieures, mais avec productions végétantes internes. — Ascite abondante. — Ablation du kyste sans drainage du péritoine. — Guérison, par M. le Dr TERRILLON.

Mme Olympie P..., âgée de 46 ans, célibataire, sans enfants, a été réglée à l'âge de 12 ans, et ne voit plus depuis l'âge de 40 ans.

Son affection abdominale paraît avoir débuté il y a cinq ans environ. L'abdomen a grossi très lentement, et sans d'autres accidents que quelques douleurs plus ou moins pénibles.

Depuis six mois, le ventre a beaucoup augmenté : des douleurs vives sont survenues. Actuellement il a 1 mètre de diamètre au niveau de l'ombilic.

En palpant l'abdomen, on constate la présence d'une grande quantité de liquide, occupant les flancs et la région sus-pubienne et ayant tous les caractères de l'ascite. En déprimant brusquement la paroi abdominale on constate, derrière la couche de liquide, une tumeur volumineuse, arrondie, médiane et extrêmement mobile dans l'abdomen. En la repoussant, elle produit nettement le phénomène du ballottement.

L'utérus ne présente aucune altération apparente, et semble légèrement immobilisé par la tumeur.

La malade n'urine pas trop souvent : elle n'a point de constipation opiniâtre. Malgré l'amaigrissement léger, l'état général est bon.

Le 24 octobre 1885, une ponction de l'ascite donne 9 litres de liquide verdâtre, contenant une grande quantité de paillettes de cholestérine, non filant, et d'une densité de 1030.

L'analyse de ce liquide donne les résultats suivants : les matières fixes, après filtration, représentent 88 0/0 grammes de liquide. Les matières albuminoïdes dosées par l'alcool et la chaleur donnent 74 grammes pour 1,000 centimètres cubes, se décomposant ainsi :

Par albumine	36.24
Hydropisine	21.64
Sérine	22.12
Urée	00.54

Pas de fibrine.

Les matières grasses sont en grande quantité.

Beaucoup de globules sanguins et nombreuses cellules rondes contenant des globules gras.

Cristaux de cholestérine très nombreux.

(8 litres de liquide ascitique retirés avant l'opération donnèrent la même composition).

L'opération est pratiquée le 3 novembre 1885, avec l'aide de MM. Monod, Schwartz, Sebileau. Durée : cinquante minutes.

Après l'incision des couches abdominales, on ponctionne le péritoine à l'aide du bistouri.

Écoulement d'une quantité assez considérable de liquide louche, brun verdâtre, chargé de cristaux de cholestérine, semblable en apparence à celui qu'a donné la ponction.

Le liquide évacué, on aperçoit, faisant saillie sous les couches molles qu'elle refoule, une tumeur arrondie, globuleuse, dépassant l'ombilic d'une dizaine de centimètres, régulière, sans bosselures extérieures.

Regardée par l'incision, cette tumeur apparaît tendue, avec des parois épaisses, parcourues de nombreux vaisseaux capillaires. Une ponction capillaire indique dans son intérieur la présence d'un liquide plus épais, plus noir et plus gélatineux que le précédent.

On ponctionne cette poche kystique, et du reste unique, à l'aide du trocart de Kœberlé.

Issue d'une certaine quantité de liquide (3 litres environ).

Ainsi vidé, il ne reste plus du kyste que ses parois résistantes et épaisses ;

A droite, une bride épiploïque prise entre les mors d'une pince en T et sectionnée. Une autre à gauche, rompue avec le doigt et saisie entre les mors d'une pince ordinaire de Péan.

Recherche du pédicule.

A droite, rupture de quelques adhérences intestinales avec les ciseaux et les doigts.

A gauche, le pédicule, formé par la trompe et le ligament large, n'est bien formé que quand on a décortiqué le kyste de la face postérieure de l'utérus à laquelle il adhérait. On peut dire que le pédicule

était, en raison de cette adhérence, comme formé par la corne utérine allongée.

En décortiquant le kyste de l'utérus, quelques vaisseaux capillaires à la base de cet organe laissent suinter quelques gouttes de sang.

Deux ligatures enchaînées avec cordonnet en soie.

Catgut sur les brides épiploïques.

Plusieurs ligatures perdues.

L'incision s'est arrêtée à l'ombilic. Six points de suture profonde.

On agite la question *du drainage :* on se décide contre, en raison de l'intégrité du péritoine et de l'absence d'adhérences ayant nécessité des déchirures de la séreuse. Résorption probable.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La malade n'eût aucun phénomène inquiétant. Les sutures furent enlevées le huitième jour. La réunion était parfaite. La malade est considérée comme guérie.

Réflexions.— Cette observation présente deux points intéressants à signaler :

Malgré la présence d'une ascite considérable, se reproduisant facilement, le drainage du péritoine n'a pas paru nécessaire. — En effet la surface péritonéale et intestinale avait semblé être intacte ou à peine altérée ; les désordres par déchirures des adhérences avaient été très minimes ; enfin on avait pu enlever complètement et proprement tout le liquide ascitique.

Le liquide ne se reproduisit pas après l'opération, ce qui tendrait à prouver que c'était bien la surface de la tumeur elle-même qui était non seulement la cause, mais la partie pour ainsi dire sécrétante de l'ascite.

En résumé, ce cas était favorable à l'absence de drainage, le péritoine paraissant jouer ici le rôle le moins important pour la production de l'ascite.

Mais il n'en doit pas être de même lorsque la surface du péritoine (pariétal et viscéral) est rouge, tomenteuse, irritée, et est la cause principale de l'épanchement liquide dans la cavité.

Dans ce dernier cas, le liquide tend probablement à se reproduire malgré l'ablation de la tumeur, et ce nouveau liquide, non seulement peut devenir trop abondant, mais peut aussi s'altérer, et nuire ainsi au rétablissement de la malade.

On peut ajouter enfin que si, dans le cours de l'opération, on a produit des désordres étendus, et laissé dans la cavité péritonéale des surfaces sanguinolentes, cette même éventualité peut se produire.

Le drainage parfaitement antiseptique et durant à peine quelques jours pourrait, dans ce cas, éviter bien des accidents.

Malheureusement les règles de drainage dans ce cas sont encore peu précises et demandent de nouvelles observations.

L'autre point intéressant vient de l'analyse du liquide, qui nous montre une quantité de matières fixes considérables, comparativement aux ascites par gêne circulatoire, hépatique ou autre. La présence de la paralbumine mélangée à cette ascite, substance qu'on ne trouve ordinairement que dans l'intérieur du kyste, est ici particulièrement intéressante, mais elle ne permet de tirer aucune conclusion et demande de nouvelles recherches.

Rapport.

M. Lucas-Championnière lit un rapport sur trois observations de plaies de tête :

Plaie de tête; méningo-encéphalite; trépanation tardive; mort, par le Dr Chavasse. — *Plaie de tête; épanchement sanguin; pas d'intervention; mort,* par M. Kirmisson. — *Plaie de tête; épanchement sanguin; trépanation; guérison,* par le Dr Alvarez (de San Salvador).

Je vous demande la permission de revenir en peu de mots sur la question de la trépanation, ou, pour mieux dire, de donner un complément au rapport que je vous ai fait à la dernière séance d'août. Trois observations nouvelles m'ont été transmises, qu'il y avait intérêt à vous faire connaître après celles qui avaient été l'objet de mon premier rapport. Il s'agit d'abord d'une *observation de M. Chavasse, professeur agrégé au Val-de-Grâce,* qui peut être résumée en peu de mots.

Un homme, âgé de 24 ans, reçoit, sur la région frontale gauche, un coup de fourreau de sabre, le 5 mars 1885. Pas d'accident immédiat ; le lendemain seulement, il se fait porter malade et se rend à pied à l'hôpital.

L'os frontal était dénudé en un point et présentait un léger enfoncement. M. le professeur Serrier lui applique une capeline de diachylon. Le 14 mars commencent des douleurs de tête et des frissons ; des accidents de méningo-encéphalite se développent.

Le 2 avril, en prenant le service, M. Chavasse trouve le blessé dans un état de dépression profonde, vomissements, température élevée (38,5 le matin), peu de troubles de la sensibilité et de la motricité.

M. Chavasse trépanc le malade, trouve du reste une infiltration de pus dans la fracture, enlève deux esquilles implantées dans la dure-mère. Le blessé est un peu soulagé, mais les phènomènes de méningo-encéphalitc continuent, et il meurt le troisième jour.

A l'autopsie, M. Chavasse trouve un foyer de suppuration intra-cérébral, et conclut qu'au jour de la trépanation il y eut eu avantage à ponctionner en ce point, malgré la présence d'une lame de cerveau assez épaisse au-dessus du foyer.

Cela est assez juste, mais la détermination est difficile à prendre. Ce qui est plus évident et ce que M. Chavasse admet aussi, c'est que, si le malade avait été trépané immédiatement, il n'aurait pas présenté d'accidents. C'est une des nombreuses victimes de la doctrine régnante contre le trépan.

M. Chavasse n'a eu, du reste, à soigner ce blessé que lorsque les accidents secondaires étaient survenus.

Pour nous, avec un foyer de fracture dénudé, avec un enfoncement, nous n'aurions pas hésité. Le mode même de l'accident indiquait l'utilité de l'intervention (choc par un instrument contondant).

La *deuxième observation* présentée comme une preuve contre le trépan par *son auteur*, *M. Kirmisson*, notre collègue des hôpitaux, ne nous paraît pas démonstrative dans le sens dans lequel il l'a admise.

Le 2 août dernier, un homme est amené à 6 heures du matin à l'hôpital Laennec. C'est un soldat des chasseurs, âgé de 20 ans, qui vient de tomber de cheval. L'individu est ivre, mais point paralysé. A 8 heures, il a une hémiplégie complète à gauche avec conservation de la sensibilité.

A 10 heures, M. Kirmisson voit le malade : aucune trace d'enfoncement sur le crâne, sauf une dépression ancienne. M. Kirmisson admet que les accidents sont dus à un épanchement sanguin, et conclut que toute opération est inutile.

Le malade succombe à 6 heures du soir. L'autopsie montre un caillot de 110 grammes à droite correspondant à la partie inférieure et interne du lobe occipital. L'épanchement est dû à une déchirure du sinus latéral droit au niveau d'un trait de fracture.

Que l'auteur plaide les circonstances atténuantes, qu'il fasse ressortir les difficultés d'arriver sur le foyer, la gravité de la fracture, je le comprends ; qu'il nous dise qu'il s'est trouvé en présence d'un fracas considérable du crâne, que, ne se sentant pas suffisamment guidé par les symptômes locaux, il ne s'est pas décidé à ouvrir le crâne, je ne le lui reprocherais peut-être pas beaucoup. Mais qu'il se félicite de sa conduite et l'érige en principe parce

qu'il a constaté après coup qu'il s'agissait d'un épanchement sanguin, voilà ce que je ne saurais admettre. Tout d'abord, en supposant même qu'il eût échoué dans sa tentative, est-ce que son malade serait mort davantage ?

L'agent de la mort a été l'épanchement. Tout ce que l'on peut dire en pareil cas, c'est que le mode d'intervention est difficile; mais il est misérable de songer qu'on guérit aujourd'hui des hémorrhagies abdominales, dix fois plus difficiles à arrêter que des hémorrhagies craniennes, et que, de par une doctrine vieillie, nous n'aurions pas le droit de chercher à nous opposer aux effets si graves et si rapides de ces hémorrhagies, où la quantité de sang perdue est d'ordinaire très secondaire. Il s'agit surtout en ces cas de *décomprimer* le cerveau. Est-il bien admissible qu'il soit nécessaire d'enlever jusqu'au dernier débris du caillot ? Il est parfaitement supposable que le chirurgien aurait pu parvenir sur un point du caillot; c'était une chance de guérison à opposer à une mort certaine.

J'ai la bonne fortune, messieurs, d'apporter une preuve éclatante à côté de mon raisonnement; elle se trouve dans l'excellente observation suivante :

Plaie contuse de la tête. — Fracture des os du crâne, ne communiquant pas avec la plaie extérieure. — Hémorrhagie entre les os et les méninges à la région psycho-motrice gauche. — Trépanation. — Guérison, par le professeur E. Alvarez.

Le 12 avril 1881, on conduit à l'hôpital de Caritad de San Salvador (Amérique centrale) un homme privé de connaissance, qu'on a trouvé étendu dans la rue, aux alentours de la ville, et sur lequel on n'a pu se procurer aucun renseignement.

Cet individu, âgé de 20 à 25 ans, porte sur le côté gauche de la tête une plaie de 1 1/2 à 2 centimètres de longueur, de direction antéro-postérieure, et dont les bords sont un peu contus. En explorant cette plaie soigneusement on remarque qu'elle est très superficielle, qu'elle arrive tout au plus sur le péricrâne, après avoir suivi un trajet oblique en dehors et en arrière. Sa partie moyenne est située à 3 centimètres à gauche de la ligne moyenne, à 4 centimètres 1/2 du bregma et à 8 centimètres de l'endroit indiqué comme correspondant à l'extrémité inférieure de la seissure de Rolando (3 centimètres directement en haut de l'extrémité postérieure d'une ligne horizontale de 7 centimètres et partant de l'apophyse orbitaire externe.)

Le patient est dans un coma profond, et, forcé de l'interroger, on arrive à lui faire dire d'une voix très faible son nom, « Aurelio. » Il y a paralysie complète du membre supérieur droit et incomplète du membre inférieur du même côté. En piquant avec une épingle le membre supérieur paralysé on ne provoque aucune contraction dans celui-

ci, mais le patient porte la main gauche vers le point piqué. Excitant de la même façon le membre inférieur correspondant on provoque une légère contraction, mais après un retard de quelques secondes (15 à 30). La piqûre à gauche provoque une contraction instantanée.

Il y a ptosis de la paupière supérieure gauche, strabisme externe de l'œil droit, dilatation de la pupille et paralysie des muscles du même côté de la face.

Par l'examen ophthalmoscopique on trouve œdème papillaire et péri-papillaire de l'œil gauche, avec amincissement des vaisseaux centraux. Le fond de l'œil droit se montre normal.

Respiration régulière et lente ; P. 56 à la minute ; T. 37°,3 à l'aisselle droite, 37°,4 à la gauche.

13 *avril.* Le coma est le même. Le strabisme externe droit a disparu, ainsi que l'inégalité des pupilles. La paralysie du membre inférieur droit est diminuée, celle du membre supérieur reste au moins aussi prononcée que le jour précédent. Ni agitation, ni convulsion, ni contracture, en un mot aucun phénomène d'excitation cérébrale. On fait prendre au patient quelques aliments qu'il avale avec difficulté. Température axillaire 37 degrés.

14 *avril.* T. ax. droite 36°,8, ax. gauche 36°,5 ; T. à la main droite 33°,4, à la main gauche 34°,8. Tous les autres symptômes comme le jour précédent.

On diagnostique compression cérébrale dans la région psycho-motrice gauche à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante, et produite probablement par une aiguille détachée par fracture de la table interne de l'os. On se décide à pratiquer de suite la trépanation.

Celle-ci est faite non au niveau de la plaie du cuir chevelu, mais sur l'endroit correspondant au tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, et qu'on marque sur la tête préalablement rasée en se servant des notions de topographie cranio-cérébrale. On fait concourir sur ce point les deux branches d'une incision cruciale. Dessous le lambeau antéro-inférieur on trouve une fissure des os du crâne. L'extrémité supérieure de cette fissure est à 1 centimètre 1/2 en arrière de la ligne bi-auriculaire, à 5 centimètres du bregma, à 5 centimètres de l'endroit marqué comme correspondant à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando et à 2 centimètres de l'insertion supérieure du muscle temporal, dessous lequel elle se prolonge, se dirigeant obliquement en bas et en avant dans une étendue de plus de 3 centimètres. Vers la partie antéro-inférieure, les bords de la fissure sont plus écartés et laissent passer un peu de sang noirâtre.

Une couronne de trépan appliquée sur l'endroit marqué touche par la partie antérieure de sa circonférence à la fissure des os, qui forme ainsi la tangente du trou de trépanation. En retirant la rondelle osseuse, on tombe sur un grand foyer hémorrhagique dont les coagulums montrent une certaine tendance à remplir l'ouverture de trépanation. On essaye d'extraire ces coagulums au moyen d'une curette ou de pinces, mais la manœuvre est très difficile et lente. On explore avec précau

tion et on trouve que le foyer est très étendu et que les méninges sont profondément déprimées. Cette exploration est faite avec le petit doigt, au moyen duquel on détache et on fragmente le coagulum, dont on fait sortir un simple fragment en poussant des injections de solution phéniquée forte (50 0/1,000) dans la cavité. Une fois celle-ci à peu près vidée, on l'explore de nouveau et on trouve qu'elle a la forme d'une ellipse irrégulière, dont le petit diamètre a approximativement 5 centimètres, et le grand, qui suit la scissure de Rolando, en a 7. L'extrémité interne de l'ellipse est située à 2 centimètres de la ligne moyenne. La scissure de Rolando forme la sécante de l'ellipse la traversant à 1 centimètre 1/2 de la partie postérieure de sa périphérie. La masse encéphalique, considérablement déprimée, ne montre pas de tendance à se dilater et à remplir cette cavité, vers la partie inféro-externe de laquelle se produit une légère hémorrhagie, qui, ne s'arrêtant pas par des injections répétées d'eau phéniquée très froide, cesse instantanément en élevant un peu la tête du malade.

L'ouverture de trépanation est plus rapprochée de la partie postéro-supérieure de la cavité, à la périphérie de laquelle les méninges adhèrent, surtout du côté interne. La petite plaie des téguments est réséquée.

On a pris avant et pendant l'opération toutes les précautions antiseptiques et on a opéré tout le temps sous le spray; on fait une suture métallique et on place un pansement de Lister après avoir posé deux tubes de drainage, dont l'un allant profondément jusqu'à la cavité cranienne.

Quoiqu'on n'ait administré aucun anesthésique, le malade n'a manifesté la moindre sensibilité que dans la première partie de l'opération; dès que la cavité cranienne a commencé à être vidée, il commença à faire de légers mouvements avec le bras droit. Vers la fin de l'opération, l'état comateux est considérablement diminué, le patient répond d'une voix forte et avec une certaine précision aux questions qu'on lui fait, et peut reconnaître et appeler par son nom une des personnes présentes, qu'il ne paraissait pas reconnaître les jours précédents ou immédiatement avant l'opération. Il peut ouvrir un peu l'œil gauche. T. ax. 38°,2, P. 116. Respiration normale.

15 *avril*. Il n'a pu dormir la nuit. Légère douleur de tête. Cependant il a bon appétit. L'état comateux a presque complètement cessé; le mouvement du bras droit est facile; la parésie de la jambe du même côté a totalement disparu. T. le matin, 39°,2, F. 104. T. le soir, 39°,6.

16 *avril*. Même état général. T. le matin 39°, le soir 39°,8. Il se montre un léger œdème à la paupière supérieure gauche et une tache ecchymotique à l'angle interne de l'œil du même côté. 2 grammes de bromure de potassium sont prescrits.

17 *avril*. Bonne nuit. On change le pansement. L'œdème est plus fort et on remarque qu'il s'est étendu à tous les téguments de la partie gauche de la tête jusqu'au vertex et à la région temporale gauche. On provoque une vive douleur par la pression. Les lèvres de la plaie sont bien réunies. T. le matin 38°,7. On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine le matin et un autre le soir.

Le malade peut raconter aujourd'hui comment son accident eut lieu. — Ayant rencontré des hommes ivres et armés de longs couteaux, qui l'attaquèrent, il courut pour leur échapper ; mais après quelques pas il se sentit frappé à la tête par un corps dur qui avait été lancé de loin. Il tomba ; mais, ayant pu se relever, il continua à marcher encore pendant 300 ou 400 mètres; alors il perdit subitement connaissance et s'affaissa à l'endroit où on l'avait trouvé.

18 *avril.* Mauvais sommeil. Œdème notablement diminué. On change le pansement, pas de suppuration. T. ax. le matin 37°,6, le soir 38 degrés.

19 *avril.* Mauvais sommeil. T. le matin 37°,2, le soir 37°,4.

20 *avril.* Bon sommeil. Légère douleur de tête ; bon appétit. T. 37°,4. Pansement.

21 *avril.* T. le matin 37°,2, le soir 37°,4.

Depuis le 22 avril jusqu'au 2 juin, la température a été normale ; la plaie, qui a donné un peu de pus, est presque fermée. On a changé le pansement tous les quatre jours.

3 *juin.* Frisson très fort la nuit précédente. T. le matin 39 degrés. Il se montre à la face un érysipèle s'étendant au cou et aux oreilles et s'arrêtant à la limite du cuir chevelu. Prescription : 2 grammes de sulfate de quinine en deux doses, badigeonnages sur les endroits érysipélateux avec une solution concentrée de perchlorure de fer.

4 *juin.* Le gonflement et la rougeur érysipélateux sont plus marqués, mais ne se sont pas étendus ailleurs. Même traitement.

5 *juin.* Amélioration de l'érysipèle. Même traitement. Pansement.

6 *juin.* L'amélioration de l'érysipèle continue.

7 *juin.* L'érysipèle est complètement flétri, on supprime le traitement; la plaie de trépanation continue à donner un peu de pus par quelques petites fistules qui, explorées avec un stylet, permettent de constater l'existence d'un séquestre mobile vers la partie antérieure. Après élargissement d'une des fistules, on extrait un petit séquestre triangulaire, mesurant par son côté le plus long 1 centimètre, et correspondant seulement à la portion de la table externe de l'os comprise entre la fissure et à la partie antérieure du trou de trépanation. Quelques jours plus tard on retire d'un endroit voisin un autre séquestre plus petit. Depuis ce moment, la suppuration diminue très rapidement jusqu'à la fin d'août, époque à laquelle la cicatrisation est complète.

Le malade quitte l'hôpital le 7 septembre, complètement guéri et ne conservant la moindre trace de paralysie ni aucun trouble de ses facultés intellectuelles.

Réflexions de M. Alvarez. — Il s'agissait dans ce cas d'une plaie de téguments communiquant avec une fracture des os du crâne ; mais d'une petite plaie très superficielle, n'intéressant même pas le péricrâne, et coïncidant avec des accidents cérébraux très graves. On ne pouvait se guider que par les notions des localisations cérébrales et par les connaissances de topographie cranio-

cérébrale pour arriver à un diagnostic un peu précis et à une thérapeutique chirurgicale appropriée.

Le diagnostic de compression ainsi que du siège de celle-ci put être fait, mais le manque d'antécédents sur le traumatisme et sur la manière dont les accidents pathologiques constatés s'étaient présentés ne permit de faire qu'un diagnostic douteux sur la cause de la compression. Si on avait su que le patient, après l'accident, avait pu continuer à marcher sans aucune difficulté quelques minutes, pour tomber ensuite hémiplégique et privé de connaissance, on aurait pu diagnostiquer une compression cérébrale, se produisant lentement par une hémorrhagie occasionnée par la rupture d'un vaisseau intra-cranien.

Le résultat de l'opération prouve que les notions de topographie cranio-cérébrale peuvent guider sûrement. On arrive directement sur le foyer de compression en faisant la trépanation non à la place de la plaie extérieure, mais sur celle signalée par la localisation déduite des symptômes existants, et que la topographie indique.

Malgré une rigoureuse application de la méthode de Lister, on eut les premiers jours une élévation de température assez considérable. Cela doit être attribué à l'impaludisme existant chez le patient, qui, comme on le voit très fréquemment dans ces pays, donne lieu à l'occasion de traumatismes à des accidents fébriles, après avoir demeuré plus ou moins longtemps à l'état latent.

L'intervention opératoire était non seulement légitime mais urgente, soit à cause du danger immédiat que courait la vie du malade, soit parce que, même en supposant que la guérison pût être obtenue sans opération, la paralysie pouvait persister, ou après avoir disparu pour quelque temps, réapparaître consécutivement à la dégénérescence des éléments nerveux de la région comprimée pendant une certaine durée.

Voici, messieurs, un des documents les plus complets qui aient été apportés dans l'histoire de la trépanation; avec celui que je vous ai rapporté, je n'en connais pas de plus remarquable pour les localisations cérébrales.

Vous voyez, d'une part, que l'auteur a porté un remède efficace, indiscutable, à une hémorrhagie intra-cranienne, et, d'autre part, qu'il a utilisé avec succès la nature des localisations cérébrales.

Je ne saurais rien opposer de plus topique aux propositions peu consolantes de M. Kirmisson. J'espère, y ayant travaillé dans la mesure de mes forces, que la trépanation va rentrer dans une voie active et bienfaisante, malgré l'opposition qu'on lui fait encore de bien des côtés.

Dans bien des cas, elle ne sauvera pas des malades condamnés

à mort. Est-ce une raison pour ne rien tenter? Je l'ai pratiquée tout dernièrement encore pour un enfoncement chez un individu qui avait un traumatisme énorme du crâne. Il est mort peut-être soulagé, mais certainement sans que j'aie rien ajouté à la gravité de son état.

Les trépanations faites dans de bonnes conditions le prouvent sans conteste. Je vous montrerai un de ces jours un homme que j'ai trépané il y a 15 jours pour des lésions anciennes ; vous verrez sur lui combien la trépanation en elle-même est une opération inoffensive. Il est complètement guéri aujourd'hui.

C'est là ce qui doit nous encourager à marcher en avant. Depuis que je comprends quelque chose à la chirurgie, je me suis senti navré par les cas que j'ai pu observer, où une intervention énergique aurait été heureuse et où la mort était due à une chirurgie qui s'intitule conservatrice. J'ai eu entre les mains des blessés que j'étais désolé de n'avoir pas vu le premier, et c'est pour cela que j'ai mis dernièrement beaucoup d'ardeur pour entraîner mes collègues dans une voie plus hardie, et j'estime que si j'en ai persuadé quelques-uns je n'aurai pas perdu mon temps.

Les conclusions de ce rapport sont des remerciements à adresser à nos confrères pour leurs intéressantes communications. Celles de MM. Chavasse et Kirmisson pourront être déposées aux archives; je les ai résumées; j'ai donné au complet celle de M. Alvarez, un des documents les plus précieux dans l'histoire de la trépanation.

Discussion.

M. Poulet a eu l'occasion de voir le malade de M. Chavasse, la veille de sa mort ; malgré la trépanation, l'issue du pus accumulé en dehors de la dure-mère, les accidents généraux et la fièvre n'étaient pas améliorés. Il pense qu'en pareil cas il eût fallu inciser la dure-mère et ponctionner le cerveau. On eût ainsi évacué le pus, qui n'était qu'à un demi-centimètre de profondeur. Jusqu'à présent les indications de la ponction du cerveau ne sont pas bien précises, et c'est trop souvent une question de tempérament chirurgical.

Aussi M. Poulet pense-t-il pouvoir émettre la proposition suivante : *Si, après avoir pratiqué le trépan tardif sur le foyer d'une fracture, les accidents et la fièvre ne cèdent pas dans les 12 heures, il est rationnel de fendre la dure-mère et de ponctionner le cerveau.*

M. Gillette. Je désire rappeler ici, à l'occasion des indications du trépan, le cas d'une malade ayant succombé à un *abcès du lobe sphédoïdal*, et chez laquelle j'ai beaucoup regretté de ne pas avoir,

comme j'en avais eu le désir, pratiqué la trépanation suivie d'incision simple de la dure-mère.

Il s'agissait d'une blanchisseuse de 39 ans, entrée à Bicêtre dans mon petit service de femmes, le 21 juin 1879, pour un érysipèle résultant de l'ablation d'une grosse loupe du cuir chevelu et surtout du manque absolu de soins après l'opération. Cet érysipèle erratique détermina chez elle, bien qu'elle ne fut pas atteinte de pyohémie véritable, un grand nombre d'abcès (10 ou 12) au cou, au sein, au bras, à l'épaule, etc., qui furent tous ouverts et se cicatrisèrent très bien. Je dirai, en passant, que le pus de tous ces abcès fut examiné par M. Capitan, alors mon interne, et qu'il y trouva une foule de bactéries en forme de bâtons allongés, très longs, et régulièrement cylindriques.

Du 25 juin au 27 juillet, nouvelles poussées d'érysipèle et abcès successifs. A cette époque, céphalalgie intense semblant localisée à droite, strabisme interne (paralysie du moteur oculaire externe gauche); le 31 juillet, hémiplégie gauche, anesthésie complète, dépression absolue, léger coma, écoulement purulent de l'oreille droite datant déjà de plusieurs semaines, douleurs vives spontanées et provoquées dans la région temporale du côté droit; le 28 août, hémiplégie faciale, coma. Je diagnostique d'une façon certaine un abcès du cerveau, et je penche pour faire la trépanation. Mon collègue M. Bouchard, que je consulte, n'est pas d'avis d'intervenir. La mort arrive trois jours plus tard.

A l'autopsie, on trouve un ramollissement avec fluctuation de tout le lobe sphénoïdal droit, adhérant au niveau du bord supérieur du rocher, qui est dépoli, rugueux, carié dans l'étendue de 2 à 3 centimètres. Le cerveau enlevé, on constate une *poche de la grosseur d'une mandarine*, faisant saillie et occupant tout le lobe sphénoïdal, surtout la corne, et refoulant les circonvolutions voisines. Son ouverture donne issue à une grande quantité de pus phlegmoneux, qui est *enkysté* et limité par une membrane lisse, résistante, pyogénique : les parois de la poche semblent formées par la substance blanche épaissie. Tout le reste du cerveau est sain.

Une simple couronne de trépan suivie de l'incision de la dure-mère, au-dessous de laquelle venait immédiatement faire saillie ce gros abcès du lobe sphénoïdal, aurait suffi pour donner issue au pus. Je le répète, je regrette beaucoup de ne pas avoir trépané cette femme, qui, par la grande force de résistance qu'elle avait présentée, durant ces poussées d'érysipèle et ses abcès multiples, aurait eu bien des chances de se rétablir après la trépanation.

M. Terrier fait remarquer que divers chirurgiens américains ont non seulement incisé la dure-mère pour y chercher le pus, mais

qu'en outre ils ont fait des ponctions, à l'aide d'un trocart mousse, dans les hémisphères cérébraux et ont découvert ainsi des abcès intra-craniens : ils les ont même drainés, et avec succès.

M. Polaillon. J'ai communiqué il y a trois ans à la Société, le 2 août 1882 (p. 587 du *Bulletin*), l'observation d'un homme entré dans mon service pour un traumatisme de la tête, suivi d'accidents assez bizarres, de perte de mémoire, etc. Il existait une légère ecchymose cranienne et une plaie contuse du cuir chevelu avec fente osseuse. L'état de ce malade s'aggrava, et je pensai à la formation d'un abcès cérébral. Je trépanai : entre la dure-mère et les parois du crâne, il y avait de la sérosité trouble. La dure-mère était perforée, et je tombai sur un foyer purulent, dont l'évacuation, le drainage et le lavage antiseptique furent suivis d'une grande amélioration. Par malheur, les parents de cet homme, assez peu intelligents, vinrent faire une scène, prétendant qu'on tourmentait le malade, et l'emmenèrent à Saint-Mandé dans une charretto : les mauvaises conditions d'un pareil voyage, dans lequel le pansement fut arraché, portèrent leur fruit, et le malade succomba. J'en conclus que dans des cas analogues la trépanation n'est pas une opération très dangereuse, et je me montre partisan du trépan, même tardif.

M. Lucas-Championnière. Si je défends l'opération du trépan, c'est surtout lorsque les accidents auxquels on veut remédier sont la conséquence d'un traumatisme. Sans blâmer absolument les auteurs qui ont proposé de traverser le cerveau avec un trocart explorateur, je crois que de semblables manœuvres doivent être exceptionnelles, ne sont qu'un pis aller, et qu'elles ne peuvent être motivées que dans les cas où il y a de très fortes présomptions en faveur de l'existence d'un abcès central.

Ce que je désire faire ressortir, c'est que ces abcès cérébraux se font surtout à la suite d'enfoncements craniens, pour lesquels je suis partisan de trépaner *dès le début*, sans attendre les accidents, ce que font bien des chirurgiens de notre époque.

Ils voient une fracture du crâne avec esquilles, ils enlèvent ces esquilles et le malade guérit. Ils voient d'autre part un autre blessé présentant seulement un enfoncement, ils comptent sur la bonne nature, ils temporisent, survient une méningo-encéphalite, et quand ils se décident à trépaner, il est trop tard.

M. Marc Sée. J'attirerai l'attention sur un travail important publié par un journal allemand [1], où le chirurgien Wiesmann a ex-

[1] Wiesmann, Sur les indications modernes de la trépanation. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1884-1885, t. XXI, p. 1 et 283, et t. XXII, p. 52.)

posé la grosse statistique d'un très grand nombre de cas de trépanation ou d'abstention pour traumatismes et autres causes. Dans ce travail, il arrive à cette conclusion que la trépanation précoce suivie de pansements antiseptiques est une excellente opération, surtout dans les cas où il y a signes de compression. Dans certains faits, où le trépan a été appliqué, et où après l'ouverture cranienne, on n'a pas trouvé la cause des accidents, on a pratiqué l'incision et même l'excision de la dure-mère et d'une partie superficielle du cerveau; on trouve dans ce mémoire des observations semblables où les malades ont parfaitement guéri. Il y a toutefois une distinction à faire, selon lui, entre les adultes et les enfants. Chez ces derniers, on voit souvent, en présence d'accidents de compression cérébrale, les fragments se relever, l'amélioration survenir, et même la guérison. Pour les adultes, la règle serait absolue; pour les enfants, elle le serait beaucoup moins.

M. Pozzi. A l'appui de la trépanation, je désire faire valoir quelques considérations relatives aux accidents tardifs qu'on observe dans les asiles d'aliénés du département de la Seine. Chez certaines de ces personnes, ayant présenté un traumatisme antérieur consistant dans un enfoncement modéré du crâne, on peut dire qu'il a existé une épine ayant irrité les méninges et la superficie du cerveau, et ayant concouru au développement de la paralysie générale. J'ai pu recueillir un crâne où un cal vicieux de la région frontale a été la cause évidente de semblables accidents consécutifs. Tous ces faits doivent certes entrer en ligne de compte dans la trépanation.

M. Lucas-Championnière. Tous ces cas sont compris dans les accidents tardifs. L'auteur dont vient de parler M. Marc Sée n'a rien découvert; il a peut-être relaté dans son mémoire un plus grand nombre de faits, voilà tout. Mais cette question est posée depuis bien longtemps. M. Védrenes, dans son mémoire récent, vous montre que les conditions de la trépanation sont posées depuis l'époque préhistorique chez les Kabyles, qui la pratiquent beaucoup.

M. Marc Sée. L'auteur que j'ai cité ne dit pas avoir découvert quelque chose; il cite une statistique bondée d'observations et il en tire simplement des déductions logiques.

M. Lucas-Championnière. L'excellent mémoire de M. Védrenes contribue à l'histoire des pays où l'on trépane de la façon la plus banale et sans que l'opération soit jamais suivie d'accidents. Sans remonter jusque-là, l'Académie de chirurgie nous a laissé de chauds plaidoyers en faveur de la trépanation.

M. Tillaux. Un malade atteint de traumatisme du crâne présente des phénomènes de compression avec paralysie d'un membre; il n'y a pas là d'hésitation à avoir, on doit trépaner. Mais ce n'est pas là ce que dit M. Championnière, il va beaucoup plus loin et dit qu'il faut immédiatement intervenir sur les personnes victimes d'un traumatisme consistant en une simple dépression ou enfoncement de la boîte osseuse, sans aucun phénomène cérébral. J'avoue que je ne me laisse pas aussi facilement convertir à la doctrine de notre collègue, je n'ose aller jusque-là, je fais des réserves, et j'hésiterai toujours à trépaner pour de petites dépressions dépourvues de tout accident encéphalique, car, pour ma part, j'en ai vu guérir sans aucune complication.

M. Berger. Beaucoup de chirurgiens sont partisans des réserves faites par M. Tillaux. J'irai même plus loin que lui. J'ai observé en effet un jeune homme qui, à la suite de chute, offrait une dépressibilité indiquant une fracture du crâne, avec plaie du cuir chevelu, dénudation du pariétal et accumulation de sang sous le périoste qui recouvrait la fracture; il survint du coma, puis un délire alcoolique, et pourtant ce malade guérit sans trépanation.

M. Le Fort. Je ne saurais être suspect à l'égard du trépan, puisque c'est moi qui ai commencé la campagne de réaction en sa faveur contre mon maître Malgaigne, qui l'avait condamné absolument; mais je ne puis m'empêcher de me rapprocher de l'opinion de M. Tillaux; je serai même plus affirmatif que lui, car je trouve que la réaction en sens contraire me paraît aller aujourd'hui beaucoup trop loin. La réhabilitation du trépan préventif nous ramènerait aux errements de la chirurgie du xviii[e] siècle. Non, il ne faut pas songer à trépaner quand on a affaire à une fracture du crâne ne donnant lieu à aucun accident cérébral, car on ne doit pas ouvrir la boîte cranienne comme on ouvre un simple abcès. Hier matin, il est entré dans ma salle un homme atteint de plaie du cuir chevelu avec enfoncement du frontal; la température était de 37 degrés, les mouvements étaient conservés; je n'ai certes pas pensé à trépaner ce malade. Nous devons absolument rejeter le trépan préventif.

M. Lucas-Championnière. Le terrain sur lequel se place M. Tillaux est très bon, il faut agir selon les cas. Mais ce que l'on sait maintenant, c'est que le plus grand nombre de faits où le chirurgien n'est pas intervenu ont amené des accidents; aussi est-on débordé. Sédillot a commencé la campagne en faveur du trépan; Bœckel ne raisonne pas sur des suppositions, il apporte neuf faits de trépanation précoce, neuf guérisons: c'est là la bonne voie à suivre. Un professeur ne condamnait-il pas, il y a quelques années,

et d'une façon absolue, la kélotomie dans la hernie ombilicale étranglée, sous prétexte qu'il y avait moins de danger à laisser marcher la gangrène qu'à opérer. La réaction aujourd'hui s'est faite pour l'exemple que je cite, il en sera de même pour le trépan. Nous devons, pour ce dernier, nous attacher à nous renseigner dans quelle proportion les malades atteints de ces traumatismes craniens graves survivent sans offrir d'accidents; or, les faits que j'ai personnellement observés ne sont guère favorables à la temporisation. On cite de temps en temps un cas de guérison sans intervention; mais ne peut-on pas guérir de tout traumatisme, quelque grave qu'il puisse être? La question du trépan ne doit pas se juger d'après ces faits isolés, c'est leur ensemble que nous devons analyser, et ce qu'il s'agit de savoir est si un individu, avec un enfoncement cranien, courra plus de danger à ne pas être trépané qu'à l'être. Pour ma part, je le crois, et je le prouve par de nombreuses observations.

Aujourd'hui, il se fait une évolution manifeste en faveur de la doctrine du trépan, qui régnera certainement parmi nous. Pourquoi avait-on renoncé à cette opération? Parce qu'on croyait qu'elle avait par elle-même un grand caractère de gravité; or cette raison n'existe plus aujourd'hui que nous avons les pansements antiseptiques.

M. Trélat fait remarquer simplement que les indications du trépan remontent à l'enfance de l'art, et qu'on est loin d'être en présence d'une question nouvelle.

Les conclusions proposées par le rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Rapport verbal.

M. Trélat fait un rapport oral sur deux observations adressées par M. le Dr Gendron (de Paris).

L'une a trait à un homme de 43 ans qui s'était tiré un coup de revolver (de 11 millimètres de calibre) dans l'oreille droite. La balle vint s'aplatir au voisinage de l'apophyse zygomatique, où elle se moula et d'où on put l'extraire facilement. La membrane du tympan était perforée dans son segment postéro-inférieur.

La deuxième observation, plus intéressante, est celle d'une tumeur du sein chez une femme de 34 ans, pour l'opération de laquelle, au lieu de recourir à l'administration du chloroforme, que l'état de faiblesse très grande de la malade contre-indiquait, on obtint l'anesthésie par l'emploi de 4 grammes de chloral en deux doses combinés avec deux injections de 1 centigramme de chlorhydrate

de morphine et de cocaïne aux deux extrémités de la tumeur, ces deux séries administrées à vingt minutes d'intervalle.

M. le rapporteur propose comme conclusions d'adresser des remerciements à l'auteur et de publier dans les *Bulletins* le segment de la deuxième observation ayant trait à ce nouveau mode d'anesthésie. Ces conclusions sont adoptées.

Fragment de l'observation de M. Gendron *relatif au mode d'anesthésie (chloral et injection de chlorhydrate de morphine et de cocaïne).*

L'opération fut décidée pour le 6 octobre.

A 9 h. 30 m. du matin, 0gr,014 de chlorydrate de morphine en injection hypodermique et 2 grammes d'hydrate de chloral par la bouche. Vingt minutes plus tard, nouvelle administration de 2 grammes d'hydrate de chloral et, de plus, injection sous-cutanée de 0gr,014 de chlorydrate de cocaïne aux deux extrémités de la tumeur par deux piqûres suivant le procédé de Dujardin-Beaumetz pour la pleurotomie et d'Auffret dans son ablation de lèvre atteinte d'épithélioma.

Au bout de dix minutes, nous bandons les yeux à la malade et nous procédons à l'opération.

Incision de la peau, énucléation de la tumeur, six ligatures au catgut, sept points de suture, introduction d'un drain; toutes ces différentes phases sont parfaitement perçues par la malade; elle les suit et en a conscience, ainsi qu'elle nous le dit au moment même, mais sans ressentir *aucune douleur*.

L'opération dure une demi-heure.

Il y a là une différence caractéristique avec la relation du professeur Auffret (de Brest), qui fut obligé d'affirmer à sa malade que l'opération était terminée : elle n'avait absolument rien perçu, si ce n'est la dernière épingle.

Notre malade, à nous, suit l'opération, s'en rend compte, sans ressentir aucune douleur.

Présentation de malade.

M. L. Championnière présente un malade sur lequel il a pratiqué la *cure radicale d'une grosse hernie épiploïque inguinale gauche congénitale incoercible*. Le malade porte un bandage spécial à pelote ou plutôt à surface large et aplatie.

Je devais vous présenter aujourd'hui deux opérés de ce genre ; un incident m'a empêché d'amener le second, que je présenterai un autre jour. Sur celui-ci, je veux tout d'abord vous faire remar-

quer le bandage que je lui fais porter et qui a été construit par MM. Raynal. C'est la cinquième fois que j'ai fait construire un semblable bandage, qui doit différer sensiblement des bandages ordinaires, la pelote devant être très large, de façon à soutenir toute la région de la cicatrice sans appuyer en un point plus ou moins étroit pour boucher un trou. Ces bandages sont destinés non à retenir des parties herniées, mais à prévenir le retour de la hernie et à permettre à la cicatrice de se solidifier. Elles s'appliquent sur elle comme le ferait la paume de la main.

En touchant la région inguinale et le scrotum vous pouvez sentir un cordon dur qui remonte dans le ventre, il tient la place du canal et de l'anneau inguinal et c'est le témoignage précieux de l'efficacité de l'opération. On n'obtient en effet et réellement la cure radicale d'une hernie qu'en mettant beaucoup de soin à la destruction du péritoine de façon à créer une surface cruentée très large prête pour une cicatrisation remontant jusque dans le ventre. Pour ce faire, j'attire le sac disséqué avec beaucoup de soin et le décolle très haut avant de le fermer par des ligatures. Cette opération, pour être suivie de résultat, me paraît devoir être faite avec beaucoup plus de soin qu'on ne le fait généralement.

Chez l'opéré que je vous présente, ce temps fut particulièrement difficile, parce qu'il s'agissait d'une hernie congénitale ; le sac ne fut bien entendu disséqué que dans sa partie supérieure.

La guérison fut aussi facile que pour les autres. Cet homme, âgé de 47 ans, avait une hernie impossible à contenir, renfermant de l'épiploon et du liquide. J'ai réséqué chez lui 135 grammes d'épiploon, ce qui représente une masse énorme.

Opéré le 10 septembre, il est sorti le 22 octobre. Mais il était guéri depuis longtemps. Trois pansements avaient suffi, et, si je l'avais maintenu au lit, c'était pour éviter des efforts à la cicatrice.

C'est la septième fois que je fais cette opération pour des hernies non étranglées (je ne compte pas les cas très nombreux où je l'ai faite après l'étranglement).

Six fois j'ai eu un résultat très complet; une fois l'opération a été différente à cause d'adhérences intestinales. J'ai moins détruit de péritoine et j'ai eu une récidive, mais la hernie autrefois douloureuse et irréductible est indolore et facile à contenir.

Des six autres cas deux datent de quatre ans et sont de très beaux succès, l'un des opérés a depuis très longtemps abandonné le bandage. Je n'y insiste pas, j'ai un autre opéré récent que je vous présenterai prochainement, et je voulais surtout pour celui-ci vous montrer le bandage de M. Raynal, la valeur de certains détails opératoires et l'innocuité d'une opération encore réprouvée par bien des gens.

Discussion.

M. Berger fait remarquer la précaution que M. Championnière a prise d'attirer le péritoine et de le réséquer le plus haut possible, temps qui est indispensable. M. Berger a opéré un vieillard de 82 ans chez lequel il a réséqué l'épiploon et excisé le sac de cette façon, la hernie ne s'est pas reproduite plus tard.

M. L. Championnière. J'ai excisé 135 grammes d'épiploon, quantité considérable, car on sait combien l'épiploon a un poids léger. Le bandage que porte ce malade n'a pas de pelote, mais plutôt une surface large et plate qui s'appuie sur la région opérée et la maintient.

M. Marc Sée. Le mot de guérison radicale ne peut s'employer que d'une façon relative puisque, après l'excision du sac, les malades sont toujours obligés de porter un bandage et que, dans la grande majorité des cas, la hernie se reproduit. Je ne veux pas dire par là que ce soit une mauvaise opération, mais je ne crois pas que l'expression de cure radicale soit absolument juste.

M. L. Championnière. La formule employée par M. Sée n'est point du tout exacte, car on peut arriver en pareil cas à des guérisons complètes, c'est-à-dire que certains malades sont si bien guéris qu'ils n'ont besoin d'aucun bandage. Le mot de cure radicale ne signifie donc pas la même chose pour tous les malades.

Nominations de commissions.

Dans le cours de la séance, la Société a procédé à la nomination par voie de scrutin des commissions suivantes, chargées d'examiner les travaux envoyés pour les prix :

Prix Gerdy : MM. Richelot, Trélat, Marc Sée, Th. Anger, Bouilly.
Prix Laborie : MM. Horteloup, Gillette, Monod, Polaillon, Nepveu.
Prix Demarquay : MM. Le Dentu, Marchand, Verneuil, Tillaux, Humbert.
Prix Duval : MM. Marjolin, Terrier, L. Championnière, Dalens, Pozzi.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 18 novembre 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Électrologie médicale. Précis thérapeutique et instrumental*, par le Dr A. Tripier;

3° *Le pansement au sphaigne*, par le professeur Saltzman (d'Helsingfors), membre correspondant;

4° *Accouchement prématuré artificiel déterminé par une injection intra-utérine, et, cinquième grossesse extra-utérine abdominale, gastrotomie*, etc., par M. le professeur Wasseige (de Liège) ;

5° *Société des sciences médicales de Gannat. Comptes rendus pour l'année* 1884-1885 ;

6° *Tumeur blanche du coude gauche; résection de l'humérus*, etc., par M. le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer) (Commission : MM. Berger, Sée, Richelot);

7° *Tétanos spontané, mort au sixième jour; autopsie*, par le Dr Labit, médecin-major de l'armée (Commissaire : M. Nepveu);

8° MM. les Drs Schwartz et Segond, chirurgiens des hôpitaux, posent leur candidature à la place vacante de membre titulaire;

9° *Traitement du spasme tétanique par les plaques de cuivre rouge*, par le Dr Guiot, médecin de la marine (Commissaire : M. Nepveu).

Dans sa séance du 11 novembre, la Société, réunie en comité secret, a décidé : que les médecins auxiliaires de la marine, *nommés au concours*, étant assimilables aux internes des hôpitaux, pouvaient concourir pour le prix Duval.

A propos au procès-verbal et de la discussion sur la trépanation.

M. Le Dentu. Les faits d'abcès du cerveau qui ont été mentionnés dans la dernière séance me fournissent l'occasion de rapporter un résumé aux observations d'encéphalite traumatique, à propos de laquelle j'ai eu à décider de l'opportunité ou de l'inutilité de la trépanation. L'événement a prouvé que j'avais eu raison de pencher du côté de l'abstention.

Observation. — *Plaie de la région frontale par arme à feu. — Encéphalite suppurée tardive non collectée. — Mort. — Autopsie.*

Homme d'environ 30 ans, garçon de café, entré à l'hôpital Saint-Louis en 1882, pour un coup de revolver de gros calibre dans la région frontale, à gauche de la ligne médiane, peu au-dessous de la racine des cheveux.

L'orifice d'entrée, petit, sans éclats, laisse échapper de la matière cérébrale.

Demi-coma, parésie du membre supérieur droit, aphasie, *vomissements réitérés*. Cette dernière circonstance me fait penser que la balle, après avoir traversé la substance cérébrale *sous le centre de la parole et le centre moteur du membre supérieur*, est allée se loger dans *le cervelet* ou dans son voisinage. Cette présomption est déjà suffisante pour écarter toute tentative de trépanation immédiate.

Pas de réaction inflammatoire les jours suivants. En quelques jours l'aphasie, la parésie, disparaissent, l'intelligence revient. La plaie superficielle du cerveau bourgeonne et se cicatrise. Le malade reste en observation dans le service pendant plus de quarante jours.

A ce moment, malgré l'hygiène la plus sévère, les phénomènes du début réapparaissent et s'accentuent ; puis, au bout de quelques jours, le malade retombe dans le coma.

Fallait-il pratiquer la trépanation ?

Je pensai que, s'il y avait une collection de pus enkystée au voisinage des centres de la parole et du membre supérieur droit, une ponction exploratrice faite au travers de la cicatrice frontale ramènerait du pus à l'extérieur.

Le malade ayant été transporté à l'amphithéâtre, j'enfonçai jusqu'à 5 ou 6 centimètres de profondeur dans la cicatrice frontale et dans le cerveau un trocart fin muni de sa canule. Il ne s'écoula pas une goutte de pus, et la canule, ramenée au dehors, n'en contenait pas du tout.

J'en conclus que les phénomènes cérébraux devaient se rattacher à de l'encéphalite en traînée développée le long du trajet de la balle, et je ne fis pas la trépanation.

Trois jours après, le malade mourut.

L'autopsie révéla une encéphalite suppurée diffuse qui *englobait en avant les deux centres soupçonnés atteints*, mais qui se prolongeait en arrière jusque dans le lobe occipital du cerveau.

La partie antérieure du lobe frontal était saine, sauf la cicatrice, qui, elle, n'avait pas suppuré.

La balle était logée en pleine substance *cérébrale*, dans la partie la plus postérieure *du lobe occipital*, à 3 centimètres *au-dessus* de la tente du cervelet, en contact avec les couches corticales. La loge qui la contenait ne renfermait pas une goutte de pus. Une mince cloison de 3 à 4 millimètres, formée par la substance cérébrale, la séparait du foyer.

Remarques. — Il était évident que, dans ces conditions, la trépanation n'eût servi à rien, ni au début, ni tardivement.

En tout cas, cette observation prouve que les signes diagnostiques tirés de l'aphasie et de la parésie étaient exacts, et qu'à ce point de vue la doctrine des localisations y a trouvé une confirmation indubitable.

Elle prouve encore que la conclusion tirée des vomissements réitérés du début était fondée, quoique la balle, au lieu d'occuper le point du cervelet, se fût arrêtée dans la partie postérieure du lobe occipital.

Combinée avec les autres signes, cette circonstance a grandement éclairé le diagnostic.

Rapport.

Applications thérapeutiques de la compression hydraulique, par le D[r] DESPLATS, professeur à la Faculté libre de Lille.

Rapport par M. POZZI.

M. POZZI. M. le D[r] Desplats, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, a eu l'idée d'appliquer à la compression chirurgicale le principe de la presse hydraulique, utilisé par d'autres chirurgiens pour la dilatation de certains rétrécissements. Déjà, en 1877, M. le D[r] Chassagny (de Lyon) avait employé des appareils analogues pour la compression par l'air et par l'eau[1]. Mais il est juste de remarquer que la pression était obtenue par M. Chassagny en *refoulant directement* le liquide dans les coussins compresseurs, tandis que M. Desplats utilise simplement l'influence de la pesanteur et les principes de l'hydrostatique. A cela près, les appareils employés se ressemblent beaucoup, et M. Desplats l'avoue très loyalement.

[1] Voir *Bulletins de l'Académie de médecine*, séance du 10 avril 1877, et *Gazette hebdomadaire* 1877 p. 102 et 148.

Voici comment le professeur de Lille décrit le sien :

« Il consiste en un coussin long en caoutchouc, pouvant faire le tour du membre malade. Il porte à chacune de ses extrémités, un tube de 25 à 30 centimètres, muni d'un robinet. Celui de ces tubes qui doit servir à l'alimentation est allongé par l'addition d'un tube supplémentaire, et peut avoir $1^m,20$ à $1^m,50$.

« Le membre à comprimer est entouré par le coussin, lequel, une fois installé, est rempli d'eau tiède à l'aide d'un entonnoir. Pour permettre la sortie de l'air pendant l'opération du remplissage, on laisse ouvert le second robinet, qui est refermé lorsque tout l'air est chassé. Cela fait, on plonge l'extrémité libre du tube d'alimentation dans un réservoir (bouteille, verre, vase quelconque), dont l'élévation au-dessus du coussin exprime la pression supportée par le membre. Si la paroi externe ou libre de mon coussin avait été seulement en caoutchouc, elle se serait indéfiniment dilatée sous la pression de l'eau, de sorte que l'appareil eût été très lourd, à pression inconstante, et toujours exposé à une rupture, même sous l'action de pressions moyennes. C'est pour remédier à cet inconvénient que le coussin a été muni d'une housse en toile inextensible, destinée à maintenir la paroi externe et les bords. Grâce à cet artifice, il est possible de maintenir le coussin et d'augmenter à volonté la pression, sans augmenter la quantité d'eau employée, et sans que l'appareil supporte aucune violence.

« Le manchon qui entoure le membre et le réservoir d'alimentation ne font qu'un, grâce au tube qui les fait communiquer, de sorte que, pour augmenter ou diminuer la pression, il suffit d'élever su d'abaisser le réservoir, et pour mesurer la pression supportée, de prendre la hauteur de la colonne liquide. Ce n'est qu'après de longs tâtonnements que je suis arrivé à cette combinaison, qui me paraît aujourd'hui si simple ; aussi, grande a été ma surprise, lorsque j'ai découvert que M. Chassagny (de Lyon) (voir *Gazette hebdom.* 1877) avait employé pour la première fois la housse en toile en 1877. Ce fait, s'il m'avait été connu, m'aurait évité d'infructueux essais, et permis d'atteindre le but que je poursuis depuis si longtemps plusieurs années plus tôt. »

Pour éviter les effets fâcheux de la compression sur la partie inférieure du membre, M. Desplats recommande de l'entourer d'une bande assez serrée avant l'application de l'appareil.

Pour obtenir des effets thérapeutiques, 35 à 45 centimètres de pression suffisent. A 1 mètre, le pouls devient insensible au-dessous de l'appareil.

M. Desplats a appliqué avec succès ce mode de compression à

des arthrites et épanchements articulaires. Son mémoire contient quatre observations recueillies avec soin, qui en démontrent les excellents effets. Il l'a employée une vingtaine de fois avec les mêmes résultats.

Il faut remarquer que ce mode de compression est *uniforme, exactement graduée*, et n'exerce sur les tissus *aucune violence*. Il la croit pour cela supérieure aux autres modes employés jusqu'ici.

M. Desplats propose d'employer la compression hydraulique comme adjuvant des pansements antiseptiques pour favoriser la *réunion primitive des plaies d'amputation*. Les deux observations qu'il présente, tirées de la pratique du Dr Faucon, ne sont malheureusement pas probantes ; la réunion y fut très incomplète, par suite, suivant l'auteur, de la contusion des lambeaux.

Enfin M. Desplats aurait volontiers recours à la compression hydraulique dans les *phlegmons au début ;* mais son expérience sur ce point est insuffisante. Nous en dirons autant pour les *vastes décollements consécutifs à des phlegmons* et pour les *anévrismes*.

On le voit, M. Desplats n'hésite pas à généraliser beaucoup l'emploi de son ingénieux appareil. Il appartient à l'expérience de montrer s'il ne se fait pas quelques illusions. Nous avouons que la compression ouatée nous paraît posséder à peu près les mêmes avantages, sans nécessiter une instrumentation spéciale. Les services qu'elle rend, notamment dans le traitement des arthrites, et même pour favoriser la réunion immédiate dans les moignons, sont trop connus de tous pour qu'il soit besoin d'y insister. Nous avouons qu'il peut se rencontrer tel cas particulier où une compression plus nettement limitée soit nécessaire. Alors la compression hydraulique trouverait certainement son indication. Quoi qu'il en soit de l'avenir réservé à l'appareil du Dr Desplats : qu'il devienne d'un emploi usuel ou qu'il soit classé parmi les armes plus ingénieuses que pratiques dont s'enrichit l'arsenal chirurgical, il méritait assurément de vous être présenté.

Votre commission vous propose donc d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer honorablement aux archives son mémoire, qui a été rapidement analysé devant vous.

Les conclusions proposées par M. le rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Terrier lit un travail intitulé : *Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation.*

Les modifications que subit la menstruation après l'ablation simultanée ou successive des deux ovaires ont été l'objet d'un grand nombre de remarques et de commentaires, dont le résumé assez complet a été fait, en 1880, par Louis Ormières, dans sa thèse inaugurale[1].

La plupart des observateurs, ont cherché dans ces modifications des moyens de défense en faveur de la théorie classique depuis Négrier, théorie qui fait de l'ovulation la condition en quelque sorte *sine qua non* de la menstruation. D'autres, au contraire, et parmi eux Nœgerath, Ritchie, Beigel, Slawiansky et de Sinety[2], se sont efforcés de mettre à profit les résultats observés par les chirurgiens pour attaquer la théorie classique, cherchant à dissocier pour ainsi dire la fonction de l'ovaire de celle de l'utérus.

C'est qu'en effet, les résultats des doubles ovariotomies, au point de vue spécial qui nous intéresse, n'ont pas été toujours les mêmes, comme nous avons pu le constater chez nos opérées. Il nous a donc semblé intéressant d'étudier ce point de doctrine, en nous appuyant presque exclusivement sur nos résultats personnels.

Les ovariotomies doubles ne sont pas très fréquentes, toutefois, sur mes 100 premières opérations d'ovariotomies, j'ai dû pratiquer 28 fois l'ablation des deux ovaires[3]. Tantôt, dans 26 cas, l'enlèvement des ovaires eut lieu dans la même séance opératoire; tantôt, dans 2 cas seulement, on fit successivement deux opérations.

Ces 28 ablations des deux ovaires nous donnèrent 6 insuccès, proportion de mortalité assez élevée (soit plus de 21 pour cent), comparée à la proportion totale obtenue dans mes 100 premières opérations, c'est-à-dire 19 pour cent.

En résumé donc, mes observations ne portent que sur 22 opérées que j'ai pu suivre jusqu'à cette année, les unes depuis plus de dix années, les autres depuis un an seulement, comme on peut facilement le constater dans le tableau que j'ai publié à la fin de cette note clinique.

Une première question nous paraît devoir être examinée, c'est l'état des règles chez nos diverses opérées de double ovariotomie avant l'intervention chirurgicale ?

[1] Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie (*Thèse de Paris*, 1880).

[2] Cités par L. Ormières.

[3] Dans la thèse déjà citée de L. d'Ormières, cet auteur relate, à la page 43, deux observations d'ovariotomies doubles faites par moi et publiées dans les *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie* en 1877 et 1875. Or, une seule de ces citations est exacte, celle de 1877 (obs. XXXIX). Quant à la seconde (obs. XL), elle a trait à une ovariotomie double (*Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, t. I, p. 77 et suiv. Paris, 1875).

On peut dire qu'en général les opérations ont été faites pendant la période sexuelle *active*, c'est-à-dire lorsque les femmes étaient parfaitement réglées.

L'âge des 22 opérées que nous avons pu observer après la guérison a varié de 20 à 53 ans (obs. XLVIII et LXXXII); quatre opérées avaient de 21 à 30 ans (obs. XIV, XVI, LV et LXXXIX); huit de 31 à 40 ans (obs. V, XX, XXI-LXIII, XXXIV, XXXV, XXXXIX, LXXVII et XCI), et huit de 41 à 50 ans (obs. XXXVII, LV, XLVI, LII, LIII, LXV, LXXIV et LXXXIII).

Une malade n'avait été réglée que trois fois en sa vie, à 16, 18 et 22 ans; elle fut opérée à 42 ans.

Deux opérées n'avaient plus leurs règles depuis plusieurs mois, ce qui chez toutes deux tenait à un état général des plus sérieux (obs. V et LXXXIII).

Toutes les autres, c'est-à-dire 19 sur 22, étaient réglées, les unes très normalement (obs. XIV, XX, XXI-LXIII, XXXIV, XXXV, XLV, XLVI, XLVIII, LIII, LXV, LXXIV et LXXXIX), les autres assez régulièrement (obs. LV et LXXXXI), d'autres enfin irrégulièrement, mais c'est l'exception (obs. XVI, XXXVII et LXXXII). Une fois, on signale dans les antécédents une métrorrhagie (obs. XXI-LXIII), enfin dans l'observation XLIX les règles, très normales d'habitude, manquèrent deux mois avant l'opération, et cela sans cause bien connue.

En fait, malgré les néoformations qui nécessitèrent l'ablation des deux ovaires, n'est-il pas curieux de voir la fonction menstruelle persister dans la plupart des cas et persister régulièrement sans troubles appréciables 13 fois sur 22 cas. Ce point intéressant signalé par Atlee n'a pas été bien étudié jusqu'ici, malgré les nombreux travaux faits sur cette question.

Voyons maintenant les résultats fournis par l'ablation des deux ovaires, ablation tantôt simultanée, c'est-à-dire faite pendant la même opération, tantôt successive, c'est-à-dire ayant nécessité deux opérations (obs. XXI-LXIII et LXXVII). Après l'ablation simultanée des deux ovaires, les règles ont absolument disparu dans 13 cas sur 20 (obs. XIV, XXXIV, XXXVII, XLV, XLVI, XLVIII, XLIX, LII, LIII, LXV, LXXXII, LXXXIII et XCI); or toutes ces opérées étaient réglées avant leur opération, sauf la malade du n° LXXXIII, dont l'état général était fort grave et dont les menstrues s'étaient arrêtées 6 à 7 mois avant l'intervention chirurgicale, et l'opérée du n° LII, qui n'avait vu ses règles que deux fois. Chez cette dernière, il y eut de temps à autre quelques pertes roussâtres, mais pas de sang. Après l'ablation successive des deux ovaires, c'est-à-dire après deux opérations successives, les résul-

tats furent identiques dans un cas et presque analogues dans l'autre.

Dans l'observation XXI-LXIII, Mme Courtois fut opérée d'ovariotomie simple, le 28 juillet 1879 ; ses règles réapparurent trois mois après l'opération et furent régulières, jusqu'au moment où l'on dut pratiquer la deuxième opération, le 24 juin 1883. Après celle-ci les règles disparurent tout à fait[1].

La seconde malade, Mme Penh..., fut opérée d'un kyste parovaire droit avec ablation de l'ovaire correspondant, le 19 février 1884 ; cette première opération parut développer chez elle une excitabilité nerveuse extrême, toutefois les règles reviennent un mois après l'opération. Ultérieurement et en raison des douleurs vives et des accidents hystériques graves provoquées par les menstrues. Je fis l'ablation de l'ovaire gauche le 3 février 1885[2]. Or, après cette deuxième opération, le résultat ne fut pas immédiat, en ce sens que le 20 avril il y eut apparition des règles, sans grandes douleurs et sans crises nerveuses; l'écoulement dura cinq jours et fut normal, au dire de la malade. Depuis, il n'y eut plus d'écoulement, et la ménopause paraît établie définitivement. Dans ce second cas, les règles ne reparurent donc qu'une seule fois, comme d'ailleurs dans l'observation XXXV, et cela bien tardivement, car Mme Bou..., opérée le 19 novembre 1880, ne vit revenir ses règles que le 15 juin 1881; depuis plus rien.

Chez trois de nos opérées, les phénomènes ont été plus complexes en ce sens que les menstrues revinrent un certain nombre de fois, tantôt régulièrement, le plus souvent irrégulièrement, puis elles finirent par disparaître tout à fait. Analysons rapidement ces trois observations :

Obs. V.—Mme D...[3] fut opérée, le 6 juillet 1875, de double ovariotomie ; son état était fort grave, il y avait aménorrhée lors de l'opération. Les règles revinrent en décembre 1875, en février, avril, octobre et novembre 1876; puis elles furent presque régulières jusqu'en 1878; depuis elles ne reparurent plus, la ménopause est établie.

Obs. XX. — Mme B... fut opérée le 29 mai 1879 ; jusqu'à l'opération la menstruation avait été normale et régulière. Après l'opération, les règles revinrent le 30 juin, le 3 juillet 1879, depuis elles ne se montrèrent plus.

Obs. LV. — Mlle F..., dont les règles étaient restées assez régulières,

[1] *Union médicale*, 23 décembre 1883.

[2] *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 12 mars 1884 et 8 juillet 1885.

[3] *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, p. 302, 1877. — Citée dans la thèse d'Ormières, p. 43.

fut opérée de double ovariotomie le 19 décembre 1882. Après cette opération, les règles revinrent seulement le 10 septembre, puis à la fin de novembre 1883 ; elles reparurent en janvier 1884, ce fut la seule fois de cette année ; puis en mai 1885, mais ne durèrent que deux jours, et encore Mlle F... attribue-t-elle ce léger écoulement de sang à une fatigue excessive. Donc, si dans les observations XXXV et LXXVII les règles furent revues une fois, après la double ovariotomie, elles revinrent deux fois en un an dans l'observation XX; quatre fois au plus en trois ans dans l'observation LV, cinq fois en un an et demi dans l'observation V.

Mais ici il faut signaler cette étrange particularité, c'est qu'après cette année et demie les règles revinrent presquo régulièrement pendant deux années, pour disparaître définitivement trois ans et demi après l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire à l'âge de 39 ans et demi. Il n'est pas douteux, croyons-nous, que la ménopause n'ait été avancée par la double ovariotomie ; mais il est important de signaler ce fait, c'est qu'elle n'est survenue qu'après trois ans et demi.

Un premier point parut acquis, après l'analyse de ces dernières observations, c'est que l'ablation simultanée ou successive des deux ovaires détermine la suppression des règles. Tel paraît être en effet le résultat ordinaire. Toutefois, cette suppression peut n'être pas immédiate et l'écoulement menstruel a pu reparaître, tantôt une seule fois, quelques mois après l'opération (obs. XXXV et LXXVII), tantôt deux fois (obs. XX), tantôt quatre fois en deux ans (obs. LV).

Dans ces cas, il semble qu'il y ait eu des poussées congestives, par une sorte d'habitude fonctionnelle, poussées qui de temps à autre donnent lieu à un écoulement sanguin, que certains auteurs ont nié devoir être des règles et ont comparé à des épistaxis, comme l'a fait Gubler pour d'autres métrorrhagies. Spencer Wells leur a même donné le nom spécial de *métrostaxis*. Du reste cet auteur paraît avoir rarement observé ce phénomène après les ovariotomies doubles, puisqu'en parlant des suites de l'opération chez les malades guéries, il dit qu' « à l'exception de trois cas, la menstruation n'a pas reparu après la guérison[1] ».

Dans un seul cas (obs. V), après avoir reparu irrégulièrement cinq fois dans une année et demie, les menstruos se régularisèrent et revinrent pendant deux ans, pour cesser à 39 ans et demi. Ici, il ne peut plus être question d'épistaxis utérin, ce sont bien les règles qui sont revenues et ont duré deux ans. Or, l'ablation des

[1] SPENCERS WELLS, *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, traduit par Rodet, chap. XVI, p. 437. Paris, 1883.

deux ovaires avait été complètement faite, l'un était transformé en un énorme kyste, l'autre était en voie de dégénérescence, comme MM. Malassez et de Sinety[1] s'en sont assurés par l'examen micrographique. Déjà donc ce fait est assez difficile à interpréter et sort des conditions normales.

Mais voici qui devient plus étrange, dans trois cas (obs. XVI, LXXIV et LXXXIX), non seulement les menstrues sont revenues après la double ovariotomie, mais elles persistent, fort régulièrement, et cela après sept ans, un an et huit mois, et quinze mois.

Obs. XVI[2]. — Mlle B..., 25 ans, est opérée le 26 septembre 1878, par M. Pozzi et par moi, d'un double kyste ovarique formé par de véritables papillomes des ovaires. La pédiculisation des tumeurs fut difficile et on dut s'y reprendre à plusieurs fois pour l'obtenir. Les règles revinrent en octobre, novembre et décembre 1878, fort régulièrement, et depuis 1879 jusqu'à présent (9 octobre 1885) il n'y a pas eu d'interruption. Pendant les quatre premières années, écrit la malade, les règles se sont présentées tous les mois ou six semaines, voire même tous les deux mois, puis elles sont revenues tous les mois, fort abondantes et de plus en plus régulières. — Nous reviendrons sur ce fait un peu plus loin.

Obs. LXXIV. — Mme Dubus, 42 ans, est opérée le 22 janvier 1884, à l'hôpital Bichat. Voici le résumé de cette opération, déjà publiée dans l'*Union médicale*[3].

L'abdomen ouvert, on constate l'existence d'une poche kystique à droite, recouverte par l'épiploon qui adhère au kyste et à la paroi du ventre. En bas, les tumeurs sus-pubiennes, dans des kystes remplis de liquide clair qui les distend fortement. L'épiploon est détaché et isolé. De nombreuses adhérences celluleuses existent entre la masse kystique et la paroi, ces adhérences semblent macérées et noirâtres. Des adhérences entre l'appendice cæcal et le kyste sont aussi détruites.

Ponction du kyste droit, qui donne trois litres et demi de liquide rougeâtre, on agrandit l'ouverture abdominale et le kyste peut être attiré au dehors. Destruction de quelques adhérences celluleuses de sa face postérieure. En bas, le kyste se continue avec la masse polykystique sus-pubienne ; un pédicule assez large est formé à la partie latérale droite de cette masse et on y fait deux ligatures au catgut. Cette manœuvre dégage la masse polykystique, qu'on fait peu à peu sortir du bassin, et qui *paraît* formée par des kystes nés des deux ovaires et fusionnés au-dessus de l'utérus. Un second pédicule est fait à gauche, presque derrière la paroi abdomiuale, il semble répondre à l'ovaire gauche, on y met deux fils de catgut. La section de ce pédicule permet

[1] *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 302 et 307, 1877.
[2] *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 822, 1878.
[3] Numéro 76, jeudi 4 juin 1885, p. 926.

d'arriver au pédicule *utérin* droit, qu'on lie avec deux fils de soie. Deux masses végétantes situées derrière le pédicule utérin droit et sur la face postérieure de l'utérus sont déchirées et enlevées. Un fil de catgut est placé sur le pédicule de l'une d'elles.

Toilette péritonéale, suture du ventre, 55 minutes d'opération. Or, quatre jours après son opération, Mme D... revoit ses règles : elles durent quatre jours. De janvier jusqu'en juin, pas de règles, celles-ci se montrent le 6 et le 21 juin — puis le 4 septembre, le 17 octobre 1884. Depuis, les menstrues sont régulières, en avance de 3 à 4 jours sur le mois, et durent 5 à 6 jours. Notons que la dernière fois elles ont eu un retard de 16 jours (du 6 septembre 1885, époque où on les attendait, au 22 septembre), et elles ont été moins abondantes que d'habitude, quoique leur durée ait été la même.

En fait, il résulte de la lecture même de l'opération, que j'ai pensé enlever les deux ovaires kystiques et que ceux-ci m'ont semblé confondus, fusionnés au-dessus de l'utérus. Mais le fait n'est pas certain, et on peut mettre en doute l'ablation de l'ovaire gauche. Ceci, on le conçoit, expliquerait parfaitement la réapparition des menstrues, qui, d'abord irrégulières, se sont peu à peu régularisées.

Il faut ajouter toutefois que l'observation ne date pas d'assez longtemps pour être complètement jugée, et qu'il est possible qu'on observe ici ce qui s'est passé dans l'observation V déjà citée, c'est-à-dire un retour d'abord irrégulier, puis régulier des menstrues, qui cessent au bout d'une ou de deux années.

Reste l'observation LXXXIX, dont l'importance est telle qu'il nous faut la relater en grande partie, d'autant qu'elle est inédite.

Mlle P... Ida, 22 ans, lectrice, entre à l'hôpital Bichat le 19 juin 1884. Depuis un an, Mlle P... ressent dans le bas-ventre une sensation de pesanteur accompagnée de crises assez fréquentes, de violentes coliques, siégeant dans la même région. Au début de ces douleurs, le ventre n'augmenta pas de volume, ce ne fut qu'après quelques mois que Mlle P... s'aperçut qu'elle grossissait. Toutefois, dès le début du mal, l'amaigrissement et la faiblesse furent très marqués. Constipation habituelle, miction plus fréquente.

La menstruation, établie à 14 ans, a toujours été régulière, et il n'y a jamais eu de troubles du côté de l'appareil génital.

Entrée en mai 1884 à la maison de santé, dans le service de M. Labbé, on lui fit une ponction, et on retira 5 litres 800 grammes d'un liquide assez épais, couleur acajou. C'est dix-neuf jours après cette ponction que la malade entra à Bichat.

L'abdomen est peu volumineux, plus proéminent dans sa portion sous-ombilicale, il est presque symétrique, quoiqu'un peu plus saillant à gauche. L'ombilic n'est pas déplissé, les téguments sont souples, peu tendus et sans varicosités.

La circonférence ombilicale est de 79 centimètres, de l'ombilic à

l'appendice xiphoïde 13 centimètres, au pubis 19 centimètres, à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 15 centimètres, et antéro-supérieure gauche 19 centimètres.

La matité occupe l'hypogastre et les fosses iliaques, et remonte jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic. Au niveau du flanc droit, la percussion est douloureuse.

Sensation de flot, transmise en tous sens, dans toute l'étendue de la matité. — Du reste, il est impossible de délimiter une tumeur par la palpation, et la tuméfaction de l'abdomen paraît tenir à de l'ascite.

Le toucher est difficile, vu la présence de l'hymen; les culs-de-sac sont libres et l'utérus est abaissé et mobile.

La malade, faible et amaigrie, ne tousse pas ; les poumons sont sains et les urines normales sans sucre ni albumine.

Opération le 22 *juillet* 1884. — Avec l'aide de MM. Périer, Championnière et Berger, ce dernier endort la malade.

L'incision médiane sous-ombilicale saigne beaucoup ; le péritoine ouvert, on donne issue à 6 ou 8 litres d'ascite, renfermant des cristaux de cholestérine, fait important à signaler. L'ouverture de l'abdomen est alors agrandie en haut et en bas, depuis l'ombilic jusqu'à 2 centimètres du pubis, pour faciliter l'exploration du bassin. Celui-ci est rempli de papillomes siégeant sur les deux ovaires, sur le fond de l'utérus, sur les ligaments larges, enfin dans les culs-de-sac recto- et vésico-utérins.

La tumeur droite est liée à son pédicule avec deux fils en *x* et excisée ; on détruit les masses des culs-de-sac et du bord correspondant utérin en les grattant avec les ongles.

La tumeur gauche est plus facile à lier, et *le pédicule est fait en partie avec le tissu ovarique de ce côté,* dont on excise les parois kystiques remplies elles-mêmes de végétations. Retournant à droite, on applique une deuxième ligature en *x*, plus bas que la précédente, afin d'enlever toute la tumeur papillaire de ce côté. Une adhérence de l'épiploon à la paroi est sectionnée entre deux pinces et liée au catgut. Suture de la paroi avec neuf fils profonds et deux superficiels. L'opération, faite avec les précautions de la méthode listérienne, a duré cinquante-cinq minutes.

Après l'opération, Mlle P... eut des accidents péritonitiques assez sérieux et la température resta un peu élevée. Au bout de huit jours, c'est-à-dire le 1er août, alors que la plaie était réunie et que les sutures avaient été enlevées, la température atteint 40 degrés et on constate une pleurésie droite, qui disparaît vers le 20 août après application de deux vésicatoires.

En même temps, le 9 août, naît un phlegmon sous-ombilical qui s'ouvre largement le 16 et donne issue à environ 600 grammes de pus fétide mêlé de tissu cellulaire sphacélé.

Après cette ouverture, accidents septiques, qui sont heureusement combattus par des injections antiseptiques dans le foyer purulent, injection faite avec grand soin par M. Secrétan, interne du service.

La malade se lève le 18 septembre et sort tout à fait guérie le 27 octobre 1884.

C'est le 19 novembre que Mlle P... revit ses règles pour la première fois, elles furent abondantes et durèrent trois jours ; or, depuis cette époque, les règles reviennent tous les mois, ne sont ni abondantes, ni douloureuses, et durent environ quatre jours. Donc, depuis novembre 1884, date de la réapparition tardive des règles, ce qui s'explique par l'état général de la malade, jusqu'au mois d'octobre 1885, Mlle P... est parfaitement réglée, exactement, dit-elle, comme si elle n'avait pas subi d'opérations, ce qui d'ailleurs l'étonne un peu.

Ici l'explication de la persistance des règles nous paraît des plus faciles à comprendre et résulte même de notre manière d'opérer. Nous avons bien enlevé l'ovaire droit et ses végétations en y revenant deux fois ; mais nous avons laissé une partie de l'ovaire gauche, car de ce côté *le pédicule a été fait avec le tissu ovarique*, quelques parties kystiques de cet ovaire ont été excisées, mais en fait il en est resté une notable portion.

Or, c'est cette partie restante de l'ovaire qui est certainement la cause de la menstruation régulière, signalée par Mlle P...

Si l'on compare l'observation qui précède à celle de Mlle B... (opérée par M. Pozzi et moi), on voit qu'elles sont tout à fait analogues. Dans l'une comme dans l'autre, on avait affaire à des papillomes des deux ovaires, dans les deux cas la pédiculisation des tumeurs fut des plus difficiles, et chez Mlle B... comme chez Mlle P..., je dus m'y reprendre à plusieurs fois pour l'obtenir.

Or, comme Mlle P..., Mlle B... est régulièrement réglée depuis octobre 1878 ; si nous en savions la raison pour notre observation LXXXIX, nous pouvons je crois la soupçonner par l'observation XVI, et très probablement ici nous avons, sans le savoir, fait l'un ou l'autre de nos pédicules, peut-être les deux, en plein tissu ovarien. Il reste de ce tissu, il fonctionne, d'où les menstrues si régulières ; telle me paraît être l'interprétation logique de ces deux faits en les comparant entre eux.

En résumé, des trois observations d'ovariotomies doubles après lesquelles mes malades ont été réglées, une me paraît suspecte en ce sens qu'il m'est impossible d'affirmer que j'ai pratiqué l'ablation des deux ovaires, c'est l'observation LXXIV.

Une seconde est fort concluante (obs. LXXXIX), en ce sens qu'avant de savoir ce qui en résulterait le jour même de l'opération, j'ai consigné dans mes notes que le pédicule d'un côté était fait sur l'ovaire correspondant, et que par conséquent cet ovaire n'était pas entièrement enlevé.

Enfin dans le cas qui m'est connu avec M. le Dr Pozzi, l'analogie seule, il est vrai, me fait penser qu'en présence des mêmes

difficultés opératoires, nous avons pu et dû agir de même que dans l'observation précédente, c'est-à-dire faire inconsciemment alors le ou les pédicules sur les ovaires.

Comme on le voit par ce rapide examen, il s'en faut que la doctrine classique de la coïncidence fatale de l'ovulation et de la menstruation soit fort ébranlée.

Cependant, il reste des faits assez difficiles à expliquer, par exemple l'observation V avec retour tardif mais régulier des menstrues pendant deux années, malgré l'ablation certaine des deux ovaires, et peut-être aussi l'observation LXXIV, dans laquelle cette ablation nous paraît moins certaine.

En terminant, nous ferons remarquer à l'appui de notre manière d'interpréter la persistance des règles chez deux de nos opérées, par l'ablation incomplète des ovaires, qu'on a publié un cas de grossesse après double ablation des tumeurs ovariques en ayant soin de conserver les ovaires, comme le conseilla Schrœder, dans une conférence faite à la Société gynécologique de Berlin le 11 juin 1884.

Voici ce fait, dû au professeur Schatz (de Rostock) [1].

Il s'agit d'une femme âgée de 20 ans les règles, apparues à 13 ans, étaient peu abondantes, indolores, duraient trois jours et survenaient toutes les trois ou quatre semaines. Sauf une scarlatine avec néphrite consécutive et une fièvre typhoïde à 11 ans, après laquelle la malade aurait eu des flueurs blanches; cette jeune femme a toujours joui d'une bonne santé.

En octobre 1879, après avoir porté un fardeau, apparition de vives douleurs dans le côté gauche de l'abdomen; depuis ces douleurs reviennent le 1er jour de ses règles. Du reste, elles se manifestèrent aussi à droite après un effort.

Lors de son entrée à l'hôpital le 14 janvier 1880, la malade avait 1m 05 de circonférence abdominale. Le kyste de l'ovaire gauche atteignait en haut le thorax et en bas l'utérus; frottement péritonéal sous la paroi antérieure de l'abdomen.

L'ovariotomie est faite le 20 février 1880, sans accidents.

L'ovaire gauche, entièrement dégénéré, est enlevé ainsi que le tiers externe de la trompe. Le pédicule est lié avec une double anse de fils de soie.

L'ovaire droit, gros comme une noix, offre déjà nettement une dégénérescence kystique de ses follicules. On l'isole par trois ligatures placées entre lui et le ligament large et on enlève les parties malades, en ne laissant aussi dans l'abdomen qu'un bord large au plus de 2 millimètres et situé au delà de la ligature. La trompe droite reste intacte, et le pédicule est abandonné.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Un peu de fièvre

[1] *Centralblatt fur Gynækologie*, n° 23, p. 353, 1885.

les 1er et 2e jours, et plus tard petit abcès sur le trajet d'un point de suture.

Lors de la sortie de l'opérée, on constate que l'utérus est peu mobile et que la cicatrice abdominale est ferme et large de l'épaisseur d'un doigt. Des douleurs se font sentir assez fréquemment dans la région de l'S iliaque, ce qui fait penser à des adhérences intestinales.

Le 21 mars 1880, soit quatre semaines après l'opération, développement de douleurs vives paroxystiques dans les régions hypogastrique et iliaque droites, avec vomissements. Cette crise dure quatre jours.

Mêmes accidents du 8 au 10 avril, puis le 7 mai, mais avec douleurs à gauche. Les règles ne reviennent que le 9 mai et durent trois jours, elles sont séreuses et peu abondantes. Elles reviennent le 31 du même mois; dans l'intervalle la malade accuse des douleurs intermittentes dans la région inguinale gauche.

Le 11 juin, à gauche et en arrière de l'utérus en ante-flexion, on sent une tumeur du volume d'une prune.

Le 27 juin, apparition de vives douleurs dans la région sacro-lombaire, s'irradiant dans l'aine gauche et disparaissant au moment des règles, qui sont abondantes et durent six jours.

Depuis le 15 juillet, les règles apparaissent toutes les trois ou quatre semaines et durent quatre jours sans douleurs.

En juin 1884, l'époque menstruelle dura quatorze jours, la malade était mariée depuis le 23 avril 1884.

Or, elle devint enceinte au milieu d'août, date de la dernière menstruation, et le 12 mai 1885 l'opérée accoucha, après 36 heures de travail et une application de forceps, d'une fille viable.

Thierfelder fit alors l'examen des ovaires extirpés depuis cinq ans et conservés dans l'alcool. L'ovaire gauche était atteint de la dégénérescence kystique ordinaire; quant à l'ovaire droit, il pesait encore 7gr,50 et renfermait des kystes de la grosseur d'un pois. Les ovules sont bien conservés, en sorte, dit l'auteur, qu'on peut en conclure que la partie laissée en place contient quelques ovules. En tout cas, l'œuf n'a pu parvenir dans l'utérus que par la trompe de ce côté droit laissée intacte.

Cette singulière observation tend donc à prouver, comme le remarque Schatz, qu'une partie même petite de l'ovaire peut non seulement entretenir la menstruation, mais rend possible une grossesse, à la condition bien entendu que la trompe correspondante soit intacte.

Aurons-nous la chance de voir une de nos opérées, encore réglée, devenir enceinte comme la malade de Schatz, le fait nous paraît possible, et nous avons fait part de cette possibilité à la jeune fille de l'observation LXXXIX, qui désire se marier; malheureusement nous ne sommes pas sûr d'avoir épargné la trompe correspondante à la portion d'ovaire laissée en place.

Ovariotomies doubles.

Obs.	V.	Mme D..., 36 ans, opérée le 6 juillet 1875. Réapparition des règles, qui cessent après deux ans et demi.
—	VII.	Mme Caraby, 28 ans, opérée le 7 janvier 1876. Morte de péritonite en quarante heures.
—	XIV.	Mlle Michel, 22 ans, opérée le 19 août 1878. N'a plus vu de règles depuis l'opération.
—	XVI.	Mlle P..., 25 ans, opérée le 26 septembre 1878. Règles revenues normales.
—	XX.	Mme Bouchet, 37 ans, opérée le 29 mai 1879. Reparaissent deux fois, puis rien.
—	XXI-LXIII.	Mme Courtois, 33 ans, opérée le 28 juillet 1879 et le 24 juin 1883. Pas de règles après la deuxième opération.
—	XXV.	Mme Delabouglie, 48 ans, opérée le 14 mai 1880. Morte de péritonite pelvienne suppurée en trente-quatre heures.
—	XXXIV.	Mme Lhommeulabonne, 32 ans, opérée le 12 novembre 1880. Pas de règles depuis l'opération.
—	XXXV.	Mme Boulé, 37 ans, opérée le 19 novembre 1880. A vu une fois ses règles depuis l'opération.
—	XXXVII.	Mme H..., 48 ans, opérée le 2 décembre 1880. Pas de règles depuis l'opération.
—	XLIV.	Mme Rufflé, 44 ans, opérée le 26 décembre 1881. Mort par péritonite suppurée aiguë.
—	XLV.	Mme Frémendity, 43 ans, opérée le 12 janvier 1882. Pas de règles depuis l'opération.
—	XLVI.	Mlle J..., 47 ans, opérée le 28 janvier 1882. Pas de règles depuis l'opération.
—	XLVIII.	Mlle Blanc, 20 ans, opérée le 23 avril 1882. Pas de règles depuis l'opération.
—	XLIX.	Mme San Pietro, 33 ans, opérée le 7 mai 1882. Pas de règles depuis l'opération.
—	LII.	Mlle J. F..., 42 ans, opérée le 29 juillet 1882. Pas de règles depuis l'opération.
—	LIII.	Mme Pellé, 42 ans, opérée le 16 octobre 1882. Pas de règles depuis l'opération.
—	LV.	Mlle F..., 28 ans, opérée le 18 janvier 1883. Réglée deux fois en 1883 et une fois en 1884.
—	LX.	Mme T..., 42 ans, opérée le 8 mai 1883. Morte de péritonite.
—	LXV.	Mme Fontaine, 49 ans, opérée le 9 octobre 1883. Pas de règles depuis l'opération.
—	LXXIV.	Mme Dubus, 42 ans, opérée le 22 janvier 1884. Réglée en juin, septembre et octobre 1884, puis régulièrement.

Obs.	LXXVII.	Mme Penhouet, 35 ans, opérée le 19 février 1884 et le 3 février 1885. Une seule fois réglée depuis la deuxième opération.
—	LXXXII.	Mme Sempère, 53 ans, opérée le 20 mai 1884. Pas de règles depuis l'opération.
—	LXXXIII.	Mme Martin, 44 ans, opérée le 10 juin 1884. Pas de règles depuis l'opération.
—	LXXXIX.	Mlle Paillard, 22 ans, opérée le 22 juillet 1884. Bien réglée depuis son opération.
—	XCI.	Mme B..., 40 ans, opérée le 12 octobre 1884. Pas de règles depuis l'opération.
—	XCVI.	Mme G..., 35 ans, opérée le 9 décembre 1884. Morte d'accidents d'hématémèse.
—	XCIX.	Mme Peaucellier, 45 ans, opérée le 13 janvier 1885. Morte d'hémorrhagie peu après l'opération (trois heures).

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Lorsqu'on a enlevé un kyste dit de l'ovaire, il reste parfois un doute qu'on a extirpé l'ovaire lui-même, on peut tout au moins avoir laissé un fragment de cet organe. C'est là, pour bien des cas, l'explication la plus plausible de la persistance des règles après ovariotomie double. Détail important, en pareille circonstance la menstruation ne s'arrête pas brusquement mais bien au bout d'un certain temps.

Dans l'opération de Porro on sait que le fil constricteur passe au-dessous des ovaires : eh bien, une femme à laquelle j'avais en 1879 pratiqué cette opération, et dont malheureusement la pièce anatomique fut jetée, avant examen, dans les communs, eut, malgré la suppression de l'utérus et des deux ovaires, une série de poussées congestives, avec flux sanguin abondant, saignement de nez, hémorrhagie par le rectum : au bout de deux ans elle eut encore une poussée : aujourd'hui elle n'offre plus de ces accidents de pseudo-menstrues.

Je crois donc qu'il y a réellement des femmes privées de leurs ovaires qui continuent à avoir leurs règles, ne coïncidant pas toutefois avec l'ovulation, mais qu'on peut expliquer par une sorte d'habitude physiologique contractée par les organes génitaux. Cela n'a rien d'étonnant puisqu'on sait que parfois les époques continuent pendant un temps variable chez certaines femmes déjà âgées et dont les ovaires atrophiés ne sont guère propres à la fonction. Quoi qu'il en soit, ces sortes de règles sont plutôt des hémorrhagies intermittentes qu'une véritable menstruation, qui s'éteignent peu à peu et non brusquement. Je les regarderais

comme un mode de disparition menstruelle plutôt que comme une persistance réelle de la menstruation.

M. Tillaux. La question de la suppression ou de la conservation des règles après une ovariotomie double est encore entourée d'obscurité, et cela résulte surtout de ce que nombre des faits sont contradictoires, sans qu'il nous soit possible de dire pourquoi.

A propos d'un travail que j'ai présenté à l'Académie sur le rapport entre la menstruation et l'ovulation, j'ai rappelé deux femmes sur lesquelles j'ai pratiqué, il y a six ans, l'ovariotomie double : l'une d'elle, une jeune fille, a eu ses menstrues longtemps après et a continué à être réglée ; sur ma demande, elle a tenu, pendant une année, un calendrier de ses époques, restées très régulières ; elle s'est mariée il y a un an et demi, mais elle n'a pas eu d'enfant ; la seconde n'a jamais eu ses menstrues à partir de l'opération. J'ai pourtant la certitude dans les deux cas d'avoir enlevé en entier les deux ovaires.

M. Terrier. Je pense qu'on ne peut expliquer le cas de M. Tillaux que par la persistance d'une portion de l'ovaire laissée après l'opération : il est assez curieux de penser que lorsqu'on a pratiqué une double ovariotomie, on n'est pas absolument certain d'avoir extirpé les deux ovaires. Cela m'était arrivé pour une de mes malades, où je m'y étais laissé prendre. J'ai des faits semblables à ceux de M. Tillaux.

M. Tillaux. Cette interprétation me semble bien difficile à admettre en ce qui concerne mon cas particulier. L'un des ovaires avait un kyste multiloculaire et fut, par conséquent, enlevé en entier ; quant à l'autre ovaire, que j'ai enlevé parce qu'il avait un petit kyste, je l'ai tenu dans ma main et j'ai pu constater avec la plus grande netteté qu'il était en entier et presque normal.

Lecture.

M. Houzel (de Boulogne) lit une observation intitulée : *Fracture de la cuisse gauche au tiers supérieur, luxation de l'astragale et extirpation de l'astragale ; guérison.*

(Commission : MM. Berger, Sée, Richelot.)

Lecture.

M. Kirmisson, chirurgien des hôpitaux, donne lecture d'une observation ayant pour titre : *Plaie de la région dorsale de la moelle par instrument tranchant, extraction d'un fragment de lame de couteau*; *guérison.*

(Commissaire : M. Berger.)

Lecture.

M. Peyrot, chirurgien des hôpitaux, lit une observation intitulée : *Cancer du corps thyroïde développé dans un goitre ancien, ablation, résection de la carotide primitive*; *sa guérison temporaire ; mort à la suite de récidive.*

(Commission : MM. Duploy, Richelot, Humbert.)

Présentation de malade.

Néphrectomie.

M. Polaillon présente une malade à laquelle il a enlevé le rein gauche pour une *pyélo-néphrite calculeuse.*

J'ai enlevé le rein gauche à la malade que je présente à la société, il y a six mois et demi. Il s'agissait d'une pyélo-néphrite calculeuse datant de l'enfance. Tous les détails de cette observation ont été communiqués à l'Académie de médecine dans les séances du 5 mai et du 7 juillet dernier ; je n'ai donc pas à y revenir. Je veux seulement donner ici quelques détails sur le procédé opératoire que j'ai suivi. Le rein formait une tumeur volumineuse qui remplissait tout le flanc gauche, s'approchait à trois travers du doigt de l'ombilic et s'étalait dans la fosse iliaque. Une incision verticale, même une incision courbe à concavité antérieure, ne m'aurait pas donné assez de jour pour enlever cette tumeur. Je fis donc une incision en L dont la branche verticale, située immédiatement en dehors des muscles de la masse lombaire, s'étendait de la douzième côte à la crête iliaque, et dont la branche horizontale suivait d'arrière en avant le bord supérieur de la crête

iliaque. Non seulement cette incision donne un jour considérable, mais encore elle permet de se rapprocher le plus possible du hile des vaisseaux à lier.

Les incisions furent tracées avec le bistouri. La section des muscles jusqu'au rein fut faite avec le thermocautère afin de ménager la perte du sang, car j'avais affaire à une malade très affaiblie.

Arrivé sur le rein, l'isolement de l'organe avec les doigts fut facile. Pendant cette manœuvre le rein se rompit dans un point où son tissu était fort aminci. Ce fut là une circonstance favorable, parce que nous pûmes extraire les calculs et le liquide que contenait la partie rénale.

En effet celle-ci ayant diminué de volume, nous l'attirâmes un peu au dehors et nous arrivâmes sur le hile.

Les vaisseaux du hile et l'uretère furent liés en masse par deux fils de catgut superposés à une distance d'environ un demi-centimètre.

Drainage. Suture de l'incision. Pansement de Lister.

La plaie suppura pendant plus de deux mois malgré les irrigations antiseptiques que nous pratiquions dans le foyer de la plaie. La capsule adipeuse du rein s'élimina sous forme de masses blanchâtres, moulées comme des matières fécales.

La santé de la malade s'est complètement rétablie. Le rein droit suffit à l'intégrité de la fonction urinaire. Je dois ajouter cependant que la malade se plaint depuis quelque temps d'une douleur vague dans la région du flanc droit. Sauf ce malaise, l'urine n'est pas altérée et rien n'indique, jusqu'à présent, que le rein droit soit devenu malade à son tour.

Discussion.

M. Le Dentu. Je désire poser quelques remarques relatives à la présentation de M. Polaillon.

D'abord, en ce qui concerne la *forme de l'incision*. J'ai fait prolonger jusqu'à la crête éliaque deux néphrectomies à l'aide de l'incision verticale seule (incision Simon). Dans le premier cas, cette incision a été tracée en arrière, en dehors de la masse sacro-lombaire : l'opération n'a pas présenté de grandes difficultés parce qu'en somme, pour le cas présent, le rein n'était pas très volumineux : mais si, en théorie, cette incision semble indiquée comme vous permettant d'arriver plus aisément sur le hile, en pratique, elle offre des inconvénients réels, la plaie est plus profonde et saigne plus abondamment par la lésion inévitable de faisceaux musculaires. Chez mon second malade, l'incision, toujours verticale,

a été reportée plus en dehors, comme le veut Bruns, à peu près à 8 centimètres de la colonne vertébrale : par ce procédé, on arrive plus rapidement aux couches profondes et au rein, mais on est gêné par la douzième côte en haut et la crête iliaque en bas, l'espace où l'on manœuvre est moins grand ; aussi chez ce second opéré ai-je été obligé de réséquer l'extrémité antérieure de cette douzième côte. Le malade a guéri comme le premier.

L'incision mixte, c'est-à-dire verticale latérale et recourbée en avant de la crête, est celle qui a été mise en usage dans une néphrectomie pratiquée tout récemment par M. Verneuil, et à laquelle j'ai collaboré. Cette incision courbe, verticale, puis horizontale, au lieu d'être à deux branches, qui est certainement l'incision de choix, quand le rein est un peu développé, a permis d'arriver facilement aux parties profondes en traversant les muscles et les couches aponévrotiques, puis j'ai pu lier avec aisance l'uretère, le faisceau artériel et le faisceaux veineux du hile, en comprenant avec eux du tissu conjonctif.

Il est inutile de se reporter plus en avant comme le veut Thorton en Angleterre, et il est plus qu'inutile de se reporter encore davantage vers la région antérieure et en dehors du muscle grand droit. L'incision de Langenbuch n'a été imaginée que pour la néphrectomie intrapéritonéale.

Quant à ce qui concerne l'emploi instrumental, je dirai, contrairement à la manière d'agir de M. Polaillon, je préfère de beaucoup le bistouri au thermocautère : ce dernier empêche de tenter la réunion immédiate et je le regarde ici comme un moyen inutile et même nuisible pour le pansement de la plaie : du reste, il n'y a pas d'hémorrhagies sérieuses à redouter jusqu'à la capsule. Le malade qui vient de nous être présenté a eu une plaie qui a suppuré : on peut l'éviter en agissant comme je viens de le dire. Sur l'opéré de M. Verneuil j'ai essayé avec succès la réunion immédiate en coupant au ras les ligatures faites avec le cordonnet de soie et en pratiquant les sutures superficielles avec le crin de Florence.

M. Polaillon. Dans la néphrectomie, l'incision postérieure est classique et de choix et, jointe à celle qui longe la crête iliaque, est de beaucoup la meilleure. Je la préfère à l'incision complètement courbe. Lorsque dans les observations connues on a pratiqué l'incision en avant, c'est qu'on avait fait préalablement une erreur de diagnostic, et qu'on a été obligé alors, par le fait même de l'incision antérieure, d'achever l'opération par une néphrectomie intrapéritonéale.

Je ne me suis pas mal trouvé de l'emploi du thermo-cautère,

car j'ai obtenu une réunion immédiate, excepté dans le fond du foyer. J'ai fait une suture profonde qui a réussi, et les fils sont tombés le dixième jour : ces derniers n'ont pas été coupés au ras, ils sortaient de la plaie avec le drain et participaient avec lui au drainage de la solution de continuité.

Lecture.

M. le Dr Galezowski lit un travail sur la *pathogénie et le traitement du staphylome pellucide* et présente une malade qui vient à l'appui de ce sujet.

(Rapporteur : M. Terrier.)

Présentation de pièce.

M. Tillaux présente une pièce anatomique provenant d'un jeune homme de 21 ans qu'il vient d'opérer dans son service. C'est un type de fibro-myxome du pharynx nasal, une de ces tumeurs décrites dans ces dernières années et que l'on avait confondues à tort avec les polypes fibreux naso-pharyngiens. Il existait un lobe pharyngien, fibreux, et un lobe nasal droit myxomateux. La tumeur s'implantait par un pédicule étroit sur la partie inférieure du bord postérieur du vomer.

Présentation de malade.

M. Delorme, médecin-major, présente un malade auquel il a pratiqué l'opération d'Eslander, pour une pleurésie totale suppurée où l'empyème avait échoué à diverses reprises. Dans la résection costale multiple effectuée dans ce cas l'opération a dépassé les limites qu'ont atteintes les chirurgiens jusqu'ici, puisqu'il a été réséqué 3 centimètres de la première côte.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 25 novembre 1885.

Présidence de M. S. Duplay.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Journal and Proceedings of the royal Society of New South Wales*, t. XVI, 1882 ;

3° M. le Dr Prengrueber, chirurgien du bureau central, se porte candidat à la place vacante de membre titulaire.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Duplay fait remarquer que, parmi les causes capables d'expliquer la persistance des règles après l'ablation des deux ovaires, dans les ovariotomies doubles, il pourrait être bon de faire intervenir la possibilité d'une anomalie et l'existence d'ovaires supplémentaires, opinion d'autant plus soutenable que les ovaires supplémentaires se rencontrent avec une fréquence relative. Reigel aurait constaté leur présence 23 fois sur 500 autopsies.

M. Terrier. Je suis de l'avis de M. Duplay, bien que je ne croie pas le fait aussi fréquent : la proportion est exacte, mais contestable.

Je puis rapporter, à propos de notre dernière discussion, le fait suivant, qui m'a été communiqué par M. Saint-Yves Menard, sous-directeur du Jardin d'acclimatation.

M. Menard avait parmi ses animaux une vache qui avait des manifestations sexuelles très prononcées. Comme dans ces conditions les vaches ne sont pas de bonnes vaches laitières, on jugea à propos de pratiquer la castration, ce qui permit d'engraisser l'animal pour le livrer à la boucherie.

Les ovaires furent donc enlevés. Or, malgré cette ablation, les aptitudes sexuelles de la vache restèrent telles qu'elles étaient

avant l'opération. On la fit tuer, et l'on constata que l'un des fils apposés sur un des ligaments larges portait sur l'ovaire lui-même, et que par conséquent une portion de cet organe avait été laissée intacte. C'est à cette circonstance que l'on dut attribuer la persistance des phénomènes auxquels on avait voulu remédier. C'est là un fait de pathologie comparée intéressant à placer à côté des faits de pathologie humaine.

Rapport.

Arrachement du doigt médius avec les deux fléchisseurs, par le Dr Cravin.

Rapport de M. Polaillon.

Le 12 septembre 1885, la fille Maugé, âgée de 35 ans, ouvrière à la filature Fauquet, à Bolbec, nettoyait à l'aide d'un chiffon de toile la tige de transmission du mouvement aux broches d'un métier. Cette tige, qui a environ 4 centimètres de diamètre, tourne au ras du sol avec une vitesse de 300 tours à la minute. A l'une de ses extrémités se trouve une vis, qui fait à sa surface une saillie de 1 centimètre et qui, à chaque tour, frôle pour ainsi dire le parquet. Le chiffon de toile dont se servait l'ouvrière venant, à un moment donné, s'accrocher à la vis, a été emporté dans le mouvement de rotation de la tige, autour de laquelle il s'est enroulé en entraînant le doigt médius, qui s'est alors très probablement trouvé serré entre la vis et le sol. C'est alors que la fille Maugé a fait un mouvement brusque dans le but de se dégager, et telle a été la violence combinée et de l'effort fait et de la traction opérée par la machine, que l'arrachement du médius s'est produit au niveau de la seconde phalange, qui s'est détachée en entraînant les deux fléchisseurs sur une longueur de 25 centimètres. La douleur a été nulle au moment de l'arrachement. La phalange qui reste est lacérée sur sa partie dorsale, depuis l'articulation métacarpo-phalangienne.

Malgré cela, les suites de l'accident sont aussi simples que possible.

La première phalange a été conservée, et il restait suffisamment de parties molles pour en recouvrir la tête. Quelques points de suture ont réuni la plaie que j'ai mentionnée sur la face dorsale de cette phalange, et le pansement de Lister a été appliqué dans toute sa rigueur, avec enveloppement ouaté de l'avant-bras et légère compression.

Au bout de trois jours se manifestent un peu de rougeur et de gonflement sur la face dorsale de la main. Les points de suture sont restés inutiles; la réunion ne s'est pas faite. Chose curieuse, on n'observe ni gonflement, ni douleur, même à la pression, ni du côté de la face palmaire de la main, ni à la partie antérieure de l'avant-bras. Des cataplasmes sont substitués pendant deux jours au pansement phéniqué, et, au bout de ce temps, l'inflammation ayant complètement disparu, le pansement primitif est repris et continué jusqu'à ce jour dans les meilleures conditions.

La plaie a très bon aspect, et il n'est pas douteux que dans huit jours au plus tout ne soit complètement terminé.

L'observation du Dr Cravin mérite d'être retenue, parce qu'elle offre un exemple très rare d'arrachement portant sur le médius. Bien que le médius dépasse en longueur tous les autres doigts, la statistique montre qu'il échappe ordinairement à cette lésion. Les doigts qui sont le plus souvent arrachés sont, par ordre de fréquence, d'abord le pouce, puis l'index et l'annulaire; en dernier lieu, l'auriculaire et le médius. Sauf l'observation de M. Cravin, je ne connais aucun autre cas d'arrachement du médius.

Notre collègue M. Farabeuf a cherché à déterminer quelle était la force nécessaire pour arracher un doigt. Il a trouvé qu'en tirant dans l'axe, cette force dépassait beaucoup 150 kilogrammes quand il s'agit du pouce, et l'arrachement se produit au niveau des phalanges plutôt qu'au niveau des articulations. Mais, dans les accidents, les tractions ne sont pas, le plus souvent, parallèles à l'axe digital; elles sont plus ou moins obliques et se combinent avec des mouvements de torsion. Or, l'obliquité de la force et la torsion du doigt diminuent certainement l'effort nécessaire pour rompre les phalanges et surtout pour déchirer les ligaments. Dans ces cas, la rupture paraît se faire de préférence au niveau des articulations, comme dans l'observation de M. Cravin, qui a eu le soin de soumettre à notre examen le médius arraché.

On voit sur cette pièce anatomique que la séparation s'est faite entre la première et la deuxième phalange, que les ligaments articulaires ont été rompus et que la peau s'est déchirée à peu près circulairement un peu au-dessous de l'interligne articulaire.

Mais ce que cette pièce présente de plus remarquable, c'est l'arrachement des tendons fléchisseur superficiel et fléchisseur profond au niveau de l'avant-bras. L'insertion phalangienne de ces deux tendons a résisté, alors que tous les autres tissus du médius étaient rompus. Ils n'ont cédé qu'à leur partie supérieure et sont restés appendus aux phalanges qui avaient subi l'arrachement. Le tendon fléchisseur profond suit ordinairement la phalangette en raison de la solidité de son insertion à cet os. Il n'en est pas de même pour

le tendon fléchisseur superficiel lorsque la séparation a lieu au-dessus de la phalangine. La bifurcation des fibres tendineuses constitue pour ce tendon un point faible, qui explique suffisamment pourquoi sa rupture a ordinairement lieu au niveau même de son insertion à la deuxième phalange. Dans le cas de M. Cravin, la résistance de cette insertion et l'arrachement du tendon fléchisseur superficiel est encore un fait à noter.

La rupture de ces deux tendons s'est produite dans le lieu d'élection, c'est-à-dire à la jonction des fibres tendineuses et des fibres musculaires. Quelques fibres musculaires très courtes restent attachées aux faisceaux tendineux, mais la déchirure porte principalement sur ces derniers dans les points où ils se continuent avec les faisceaux musculaires.

Le muscle lui-même se rompt rarement. Il est probable que le muscle ne se rompt que lorsque la puissance arrachante le surprend en état de relâchement ; tandis que toutes les fois qu'il se contracte pour résister à la force qui l'étire, ce ne sont pas les fibres musculaires, mais les fibres tendineuses, qui cèdent. Un muscle en état de contraction semble avoir plus de résistance et de cohésion que son tendon. La blessée dont nous analysons l'observation contractait, en effet, violemment ses muscles du bras et de l'avant-bras pour soustraire sa main à l'entraînement de la machine, lorsque l'arrachement s'est produit.

Enfin nous signalerons encore dans l'observation de M. Cravin deux phénomènes qui sont presque constants dans l'histoire de ces arrachements des doigts, c'est l'absence de douleur au moment de l'accident et la bénignité des suites de cette blessure.

Comme conclusion, je propose de voter des remerciements à M. le Dr Cravin, et d'insérer dans nos bulletins son intéressante observation.

Communication.

Sur le traitement des kystes hydatiques du foie,
par L.-G. Richelot.

M. Richelot. Je désire appeler votre attention sur un kyste hydatique du foie, que j'ai traité par l'incision de la paroi abdominale et l'incision large de la paroi kystique.

Il y a quelques mois, M. Terrier vous présentait l'histoire d'un kyste hydatique, mobile dans l'abdomen, et rattaché à la face inférieure du foie par un mince pédicule ; ce kyste avait été pris pour une tumeur de l'ovaire et traité en conséquence. Après l'ouverture

du ventre, on s'aperçut que le pédicule était dirigé vers le foie; on extirpa la plus grande partie de la poche, et le reste fut suturé à la plaie abdominale, comme on le fait dans une ovariotomie incomplète. La malade guérit, après avoir présenté pendant quelque temps une fistule biliaire. A propos de cette observation, M. Terrier exprimait l'opinion qu'il fallait peut-être, de parti pris, traiter ainsi tous les kystes hydatiques de la face inférieure du foie, plus ou moins saillants dans la cavité abdominale, peut-être même, dans certaines conditions, ceux de la face convexe.

Au mois d'août dernier, je remplaçais M. Terrier dans son service de l'hôpital Bichat. Il y avait alors, au n° 23, dans la salle Jarjavay, un homme de 46 ans, porteur d'un kyste hydatique du foie, que mon collègue avait ponctionné le 18 juillet. La ponction ayant donné un liquide puriforme, il n'y avait pas lieu d'y revenir. Après quelques hésitations, je me décidai à faire l'incision large de la paroi abdominale, pour aborder la paroi kystique, l'explorer *de visu*, et la traiter suivant les circonstances. Avant de vous raconter l'histoire de ce malade, je vous dirai en quelques mots les raisons qui m'ont déterminé à suivre cette conduite.

Parmi les traitements divers appliqués aux kystes hydatiques du foie, il en est un, l'*électrolyse*, dont quelques chirurgiens disent beaucoup de bien, et qu'on a vanté récemment au congrès de Grenoble; je n'en puis rien dire, n'en ayant aucune expérience. Au contraire, il n'est pas un d'entre nous qui ne puisse juger comparativement les *ponctions capillaires*, la *méthode de Récamier*, celle du *gros trocart*.

Nous savons qu'il n'y a guère de guérisons authentiques par une seule ponction capillaire ou par les ponctions successives, quand on peut suivre les malades. Cette petite opération amène tôt ou tard la suppuration du kyste, c'est-à-dire la nécessité d'intervenir plus radicalement. Mais ce n'est pas seulement la suppuration qu'amènent les ponctions capillaires; elles ont aussi d'autres dangers, comme le prouve l'observation suivante :

En 1880, un homme de 26 ans avait subi, pour un kyste du foie, deux ponctions capillaires dans le service de M. Dumontpellier; la seconde avait donné un liquide purulent. Au mois de juillet, il entre à l'Hôtel-Dieu ; M. Richet constate une voussure de la paroi abdominale, des phénomènes fébriles peu marqués revenant tous les soirs, et conclut à une récidive du kyste avec suppuration. La méthode de Récamier est instituée, et le caustique appliqué au niveau de la voussure. Je prends le service au mois d'août : l'escharification est achevée, il ne reste plus qu'à enfoncer le gros trocart et à commencer les injections. L'opération est faite le

9 août; un flot de pus s'échappe, sans trace de membranes hydatiques, et je fais pénétrer une injection phéniquée au quarantième. Le lendemain matin, mon malade était mort de péritonite suraiguë. A l'autopsie, je trouve, au lieu d'un kyste hydatique, une péritonite suppurée d'ancienne date, limitée par des adhérences intestinales. Cette phlegmasie larvée, à marche lente, succédant aux ponctions capillaires, avait simulé une récidive du kyste, et mon injection, pénétrant dans le péritoine, avait fait éclater des accidents suraigus. Quant à la poche kystique, elle était à peu près guérie, ratatinée dans l'épaisseur du parenchyme hépatique, très loin du foyer péritonéal; ses parois étaient plissées comme la membrane d'un corps jaune.

Cette observation, messieurs, prouve deux choses : d'une part, les ponctions capillaires peuvent donner lieu à l'issue du liquide hydatique dans le péritoine, on le sait depuis longtemps, et les accidents qui en résultent, pour n'être pas toujours foudroyants, n'en sont pas moins mortels à l'occasion; d'autre part, le traitement de Récamier peut donner lieu à de graves mécomptes.

Je ne crois pas, d'ailleurs, que le traitement de Récamier ait aujourd'hui beaucoup de partisans. On s'accorde à dire qu'il est long, douloureux, qu'il a provoqué des péritonites, qu'il est loin de produire à coup sûr les adhérences tant désirées; enfin, il est arrivé à quelques auteurs d'appliquer les caustiques en face d'une anse intestinale, en face de la vésicule biliaire, et vous venez de voir un nouvel exemple de ce genre d'accident.

Le gros trocart, préconisé par M. Verneuil, est incontestablement supérieur à la méthode précédente, n'est-il pas, lui aussi, passible de quelques reproches? A priori, je vous avoue qu'il m'a toujours paru quelque peu effrayant. Si les ponctions capillaires donnent parfois des accidents, comment ne serait-on pas exposé à quelques périls quand on enfonce un trocart volumineux et qu'on lui substitue un tube en caoutchouc d'un diamètre naturellement un peu moindre? Comment ne pas redouter l'issue du liquide et la péritonite? Et cependant le gros trocart a fait ses preuves, il est impossible de nier les succès qu'on lui doit. La raison, si je ne me trompe, doit en être cherchée, en grande partie, dans un fait dont on ne tient pas assez compte : la fréquence des adhérences au moment de l'opération. Quand la saillie du kyste est volumineuse et les symptômes assez nets pour nous obliger d'intervenir, les adhérences du kyste à la paroi de l'abdomen sont un fait commun; déjà M. Boinet avait signalé cette fréquence. Or, il est bien évident qu'une telle disposition éloigne tous les dangers de la ponction par un instrument volumineux.

Aussi bien, l'opération par le gros trocart a une mortalité. Elle est de 23 0/0, dans l'article Foie du *Dictionnaire encyclopédique*, par M. Rendu. A la vérité, il faudrait savoir dans quelles conditions les revers ont été observés, pour juger la méthode en toute connaissance de cause. Néanmoins, il m'est difficile de ne pas garder une arrière-pensée sur les dangers qu'elle présente, s'il s'agit d'un kyste pédiculé, mobile, sans adhérences, ou si le coup de trocart est donné dans un point dangereux, ce qui peut arriver ici comme dans le traitement de Récamier. N'y a-t-il pas dans cette méthode quelque chose d'aveugle qui répugne à nos habitudes modernes de précision? Il reste enfin, comme dernier grief, que le nettoyage du kyste ne peut se faire d'emblée à travers une ouverture étroite, que l'issue des hydatides est fort difficile et le traitement prolongé.

Messieurs, toutes les méthodes qui précèdent ont pour point de départ le parti pris de ne pas ouvrir l'abdomen. Celles dont je vais maintenant vous parler reposent sur un principe diamétralement opposé : l'*incision franche du péritoine.*

La méthode de Volkmann consiste, vous le savez, à inciser la paroi de l'abdomen dans toute son épaisseur, à s'arrêter quand la paroi kystique est mise à nu, à laisser le temps aux adhérences, si elles n'existent pas déjà, de se former sous l'influence de l'inflammation légère provoquée par la plaie, sous un pansement antiseptique; puis à ouvrir largement la poche, quand on est sûr que le péritoine est protégé. L'incision de la séreuse permet de bien voir ce qu'on fait et de ne plus opérer à l'aveuglette l'incision large du kyste, de pratiquer une évacuation totale, un nettoyage immédiat, et d'abréger, toutes choses égales d'ailleurs, la durée du traitement. Mais ne peut-on faire encore mieux? Je le pense, et je formulerais volontiers la méthode générale applicable aux kystes hydatiques du foie, dans les termes suivants : *incision franche du péritoine, exploration et traitement variable du kyste.*

Ici, je reprends l'histoire de mon malade, opéré à l'hôpital Bichat. Le kyste, récidivé un mois après la ponction, semblait se détacher du bord inférieur du foie, descendre à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et remplir l'hypochondre gauche; fluctuation manifeste; bon état général. Le 27 août, je fais sur la ligne blanche une incision de 10 centimètres, qui descend à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. J'arrive peu à peu sur le kyste, et je le trouve adhérent à la paroi abdominale; avec le doigt, je décolle les adhérences dans une faible étendue, et je constate qu'elles sont très intimes et semblent régner sur une grande surface; alors je m'arrête.

Si j'avais eu affaire à un kyste sans adhérences, j'aurais tiré la poche au dehors, pour la vider en protégeant le péritoine avec des éponges, en exciser une partie, et suturer le reste à la paroi abdominale, comme on le fait dans une ovariotomie incomplète. Mais la tumeur adhérait fortement, et d'autre part son volume n'était pas si excessif que je ne pusse en espérer le retrait et la guérison dans un temps limité, après l'évacuation pure et simple. Dans ces conditions, je ne me crus pas obligé de rompre quand même les adhérences et d'ouvrir le péritoine ; je me bornai à faire au kyste une longue incision, et je procédai à l'évacuation aussi complète que possible. Un litre de liquide puriforme et jaunâtre s'écoula ainsi ; j'explorai avec le doigt, j'introduisis des éponges montées, je saisis des vésicules avec les pinces ; en un mot, je fis d'emblée un nettoyage plus exact que ne me l'aurait permis l'ouverture avec le gros trocart. Injection de sublimé, suture de la paroi du kyste aux lèvres de la plaie abdominale, deux gros tubes à drainage, pansement antiseptique.

L'apyrexie fut complète et le bon état général ne se démentit pas un instant. Les pansements furent faits tous les deux jours d'abord, sans nouvelle injection, jusqu'au 5 septembre ; il coulait un peu de liquide jaune, bilieux, non purulent. Puis, une multitude de vésicules s'étant mises à sortir avec du liquide puriforme, toujours teinté en jaune, on fit tous les jours une injection de sublimé.

Le 1er octobre, la poche est devenue très petite ; à partir du 15, il ne sort plus d'hydatides, la suppuration est tarie, je retire les drains.

Le 31 octobre, le malade quitte l'hôpital, avec une petite plaie en surface au-dessus de l'ombilic. Je dois dire que cette petite plaie s'est rouverte, et qu'il y a encore aujourd'hui une étroite fistule qui nécessite quelques pansements. Le traitement a duré deux mois jusqu'à la sortie ; aujourd'hui, il a repris ses occupations et sa vie ordinaire.

De cette observation et des réflexions qui l'ont précédée, nous pouvons, messieurs, tirer quelques préceptes.

En commençant toujours le traitement d'un kyste hydatique du foie par l'incision franche du péritoine, entourée des précautions d'usage, nous aurons l'avantage de pouvoir explorer la tumeur, et de nous décider en connaissance de cause pour la meilleure conduite à tenir. Or, deux cas peuvent se présenter :

1° Le kyste vient de la face inférieure du foie ; il tient à l'organe par une large base ou par un pédicule ; il fait une saillie plus ou moins considérable dans l'abdomen. Alors, s'il est d'un très grand volume, ce qui fait prévoir un retrait difficile, une cure indé-

finiment prolongée, une suppuration excessive et dangereuse ; si, d'autre part, il n'est pas adhérent ou si les adhérences peuvent être rompues, il y a tout avantage à les isoler des organes, à l'attirer au dehors, à l'ouvrir en protégeant le péritoinc avec des éponges, à en résćquer la plus grandc partie, à suturer le reste à la plaie abdominale ; en un mot, à procéder comme dans une ovariotomie incomplètc. Si le kyste est de moyen volume et sans adhérences, on peut agir de même ; si, au contraire, il est de moyen volume et très adhérent, pas n'est besoin dc lc traiter d'une façon radicalc. En effet, le retrait et la guérison seront obtenus en quelques semaines ; il suffit donc de l'inciser en respectant les adhérences, et en évitant l'ouverturc du péritoine. C'est ainsi que j'ai procédé chez un malade, après avoir reconnu la situation et jugé *de visu* que je n'avais pas besoin d'aller plus loin.

2° Lc kyste fait saillie à la face convexe du foie. Ici, je sors dcs faits quc nous avons observés, mes collègues et moi, et je me borne à supposer ce qu'on pourrait faire dans des cas analogues, mais non pas identiques à ceux que nous avons vus. Si, après avoir incisé la paroi au-devant d'une tumeur de la face convexc, nous trouvons une membrane kystique séparée de l'extérieur par une mince couche de tissu hépatiquc, sans adhérence à la paroi abdominale, pouvant être attirée au dehors, engagée dans la plaic et réséquće, n'y aurait-il pas avantage à se comporter à peu près comme dans lcs tumeurs de la face inférieure, à faire l'excision partielle et la suture du kyste à la paroi, pour atteindre cc double but : ouvrir largement le foyer, en diminuer l'étenduc ? Si, au contraire, le kyste est profondément inclus dans le parenchyme, il restera toujours, des conseils que j'ai donnés, les trois points suivants : 1° fairc l'incision franche et explorer la surface de la tumeur ; 2° attendrc, s'il y a lieu, la formation des adhérences ; 3° ouvrir le kyste à bon escient, à la place qu'on aura choisie et dans l'étendue qu'on jugera utilc au traitement consécutif.

Peut-être quclques chirurgiens trouveront-ils audacieux de proposer, pour tous les kystes hydatiques du foic, une opération aussi grave quc la laparotomie. Il ne faut pas, cependant, se laisser effrayer par les mots. L'incision de Volkmann est une laparotomie, puisqu'elle ouvrc le péritoine ; mais elle est inoffensive, à moins qu'on ne la fasse avec des mains sales. On pourrait dire, cn quelque sorte, qu'ellc n'engage à rien : car il ne s'agit pas de faire, dans tous les cas, une opération complexe et radicale. En résumé, je proposc de tenir, cn présence des kystes hydatiques du foie, la conduite que j'ai formulée plus haut :

1° Incision franche du péritoine, entourée dcs précautions antiseptiques ;

2° Exploration de la tumeur ;

3° Traitement variable du kyste, approprié à son volume et à ses connexions.

Discussion.

M. Terrier. Le traitement des kystes du foie varie suivant leur volume et selon les rapports qu'ils affectent avec cet organe. Tantôt le kyste est complètement libre ou plus ou moins pédiculé, on agit alors comme pour un kyste de l'ovaire non adhérent.

Tantôt le kyste offre de solides adhérences, alors il faut le traiter comme ces kystes de l'ovaire, dont on se contente, après incision de la poche, de suturer les lèvres des parois du kyste à celles de la plaie abdominale, sans faire de résection partielle. C'est ce qu'a fait M. Richelot pour son malade, et c'était la seule conduite à tenir en pareil cas; désespérant de décoller le péritoine, d'attirer le kyste et de l'exciser, il s'est contenté d'une simple incision suivie de suture et de drainage.

Mais, à côté de ces deux catégories, il y a une variété intermédiaire où le kyste plus ou moins saillant hors du tissu hépatique peut être réséqué en partie par suture, pour ce qui reste, à l'incision de la plaie abdominale. C'est cette méthode qui a été employée récemment par L. Tait sur un confrère, et que j'ai également mise en usage sur la malade dont je publierai plus tard l'observation. Dans ce dernier cas, la vaste tumeur abdominale pouvait en imposer pour un kyste de l'ovaire, et remplissait presque toute la cavité du ventre; une ponction donna issue à un liquide acéphalocystique, et comme la malade avait déjà été soignée pour une leucocythémie, je crus tout d'abord avoir affaire à un kyste de la rate. Après l'incision de la paroi abdominale et de ce kyste énorme, il s'échappa 71 hydatides qui tombèrent en s'écrasant; je disséquai le plus possible cette large poche en dissociant les adhérences qui l'attachaient à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin, à l'appendice iléocæcal; je l'attirai et en réséquai une large portion, comme on le fait dans une ovariotomie incomplète. Cette femme est encore dans le service et va bien; la cavité drainée se comble peu à peu. Dès le 1er jour, l'incision a été inondée de bile, ce qui a permis d'établir le diagnostic absolu, puis l'exsudation a cessé.

Tel est le type intermédiaire aux deux types précédents. Donc trois catégories :

1° Kyste pédiculé;

2° Kyste à adhérences, traité par la résection et la suture;

3° Kyste à adhérences encore plus grandes, traité par la simple incision suivie de suture.

Voilà ce qui a été fait, mais seulement pour les kystes siégeant

au niveau de la face inférieure du foie, c'est-à-dire pour ceux qui sont plus ou moins facilement accessibles.

Reste à savoir maintenant si les poches de la face convexe et de l'intérieur du foie peuvent également être traitées aussi par l'incision de la paroi abdominale, suivie de celle du kyste et toujours de la suture des lèvres de la tumeur avec celles de l'incision du ventre.

M. Verneuil. Je ferai remarquer à mes collègues qu'à l'époque où j'ai imaginé mon procédé de traitement des kystes hydatiques du foie (ponction avec le gros trocart), il n'était aucunement question d'ouvrir l'abdomen, l'antisepsie n'était pas créée, et, comme on ne les traitait guère que par le procédé de Récamier, j'estime que j'ai fait faire un progrès réel à la cure radicale de ces tumeurs. J'ai eu des revers, mais toute méthode n'en a-t-elle pas? et en encore faudrait-il les examiner à fond.

Ainsi un de ces insuccès est relatif à une jeune fille qui présentait un kyste hydatique du foie, un autre du poumon, un autre de la cavité péritonéale, et 3 ou 4 disséminés sur les intestins; la pièce qui a été présentée à la Société anatomique est là qui en fait foi. Je ne crois pas m'avancer en disant que toute autre méthode, en pareil cas, aurait échoué.

Un autre malade, dont j'ai également la pièce anatomique, présentait un kyste du volume d'un très gros kyste ovarique et à plusieurs loges; de plus, on trouva une 1/2 douzaine de kystes disséminés dans le ventre. M. Richelot, je tiens à le lui rappeler, pourra, en effet, trouver des individus avec kystes hydatiques multiples, et, dans ce cas, toute espèce de méthode échoue.

Une troisième malade opérée *in extremis*, et qui a succombé, fut ponctionnée, et il sortit un liquide extrêmement fétide; une fistule s'établit rapidement entre le kyste et l'intestin.

Tous ces faits appartiennent à une catégorie à part. Mais pour les ordinaires, et j'en ai au moins deux ou trois par an, les suites sont très simples. Pour ne citer que ceux qui me viennent à l'esprit, je rappellerai un Égyptien opéré par mon procédé et aujourd'hui très bien guéri; un charretier sur le ventre duquel passa une roue de voiture : survint une péritonite, un abcès, et je fis, par l'ouverture, la découverte d'un vaste kyste hydatique du foie qu'on ne soupçonnait pas : drainage, parfaite guérison; l'année dernière, une énorme poche de même nature, allant du diaphragme à la fosse iliaque, fut guérie en 5 ou 6 semaines par le même procédé. M. Malécot, ancien interne, a envoyé une observation de kyste hydatique guéri rapidement de la même manière; tout récemment le même résultat a été obtenu par moi dans le service de M. Dumontpallier.

De telle sorte qu'à l'exception des cas extraordinaires que j'ai rappelés tout à l'heure, je n'ai guère eu, par mon procédé, que des résultats satisfaisants, et cela sans inquiétude et sans souci. Je m'excuse de me répéter, mais je tiens à établir que, dans le choix de deux procédés, on doit préférer celui qui donne l'*efficacité*, la *bénignité*, la *simplicité*, et cette méthode est aussi simple que l'opération de l'hydrocèle suivie de l'injection iodée, si simple que tout médecin peut la pratiquer. Quant à la durée, M. Richelot parle de deux mois; par ma méthode, la durée moyenne de la cure est de cinq à six semaines; dans une observation recueillie par M. Verchère, mon chef de clinique, et où le cas était très grave, il a fallu deux mois.

Après la ponction telle que je la fais, l'*élimination* des portions hydatiques ne commence qu'au bout de 5 à 6 jours, et lorsque le tube est retiré, c'est-à-dire après l'établissement des adhérences, les hydatides sortent librement; quant à l'élimination de la poche elle-même, elle est un peu plus longue à s'effectuer; mais il est remarquable de voir avec quelle facilité sort, par un orifice permettant à peine l'introduction d'un doigt, une poche qui quelquefois est plus large que les deux mains, on la dévide pour ainsi dire.

Afin de hâter l'élimination de cette poche, qui se fait parfois désirer, j'ai apporté une petite modification à mon procédé; tout d'abord, je ne faisais qu'une ponction avec le gros trocart; aujourd'hui, je reprends séance tenante ce trocart, et je ponctionne une seconde fois à deux travers de doigt au-dessous de la première ouverture, et quand je suis certain qu'il existe des adhérences entre les deux tubes qui plongent par les deux orifices, j'incise au septième jour le pont intermédiaire; j'ai alors créé une ouverture large de 3 doigts, par où la poche s'élimine avec la plus grande facilité, et qui a seulement pour but de supprimer la lenteur du troisième temps de l'opération.

Si on prend soin de bien calfeutrer la plaie avec la baudruche et le collodion, et de bien maintenir la sonde introduite par cette large ouverture, pour y faire des injections antiseptiques avec soin, le malade voit sa cure évoluer sans fièvre, excepté vers le sixième jour, au moment où se fait l'inflammation éliminatoire de la poche; il peut se lever, aller, venir et se promener dans les salles sans le moindre inconvénient. Enfin le tube est maintenu en place durant les deux dernières semaines, pour permettre au parenchyme hépatique de revenir sur lui-même.

Jusqu'à ce qu'on ait apporté la preuve convaincante de l'existence d'une méthode meilleure, je crois devoir m'en tenir à celle qui m'a donné de nombreux succès sans aucun accident.

M. L. Championnière. J'appuierai ce qu'à dit M. Terrier. Il est difficile de proposer une méthode générale applicable à la thérapeutique des kystes du foie, et surtout de la déduire d'une unique observation. Tous ces kystes ne doivent pas être traités de la même manière. M. Verneuil a été très heureux d'avoir obtenu d'aussi nombreux et rapides succès ; mais je ne pense pas que la ponction faite même avec le gros trocart puisse suffire à tous les cas ; outre que cette méthode n'est peut-être pas aussi simple qu'elle le parait, elle détermine difficilement l'évacuation de la poche, nécessite beaucoup de soins assidus et prolongés, et, de plus, dans certains cas particuliers, peut occasionner de sérieux accidents ; ainsi j'ai opéré avec M. Périer un kyste hydatique du foie pédiculisé, dont la paroi épaisse adhérait partout : il était fusionné avec 26 centimètres d'anse intestinale. Dans ce cas, la ponction aurait été suivie des complications les plus redoutables ; ce kyste avait également parfois le mésentère ; par l'ablation, le malade fut guéri en 21 jours.

Dans un autre cas, où l'on ne découvrit pas de crochets dans le liquide, le kyste était adhérent et fut traité par l'incision en deux temps de Volkmann. C'était une tumeur de la substance même du foie ; la guérison eut lieu en une semaine. Enfin, chez une femme, j'ai opéré par incision un kyste hydatique contenant un liquide horriblement fétide.

L'incision de la paroi abdominale, outre qu'elle ne semble plus facile, est inoffensive et surtout permet de voir ce qu'on fait avec beaucoup plus de sécurité. Je me rangerais donc plus volontiers à la méthode de Volkmann, comme me paraissant offrir plus de garantie et plus de ressources pour l'évacuation immédiate, et enfin pour la guérison.

M. Polaillon. Je désire faire remarquer que l'opération de M. Richelot se réduit en définitive à l'ouverture d'un kyste hydatique du foie par une opération analogue à la ponction avec un gros trocart. En effet, notre collègue fait la laparotomie ; mais arrivé sur le kyste, il le trouve adhérent à la paroi abdominale. Il dissèque les adhérences dans une certaine étendue ; mais il s'aperçoit bien vite que cette dissection serait longue et dangereuse. Il prend alors le parti d'inciser le kyste et de le vider aussi complètement que possible. Puis, sans avoir ouvert la cavité péritonéale, il suture la plaie, et laisse un orifice par lequel un drain pénètre dans la poche kystique. Or, sans compliquer l'opération par une incision abdominale, ne serait-on pas arrivé au même but, d'une manière plus simple et moins dangereuse, en pratiquant d'emblée la ponction du kyste avec un gros trocart, et en substituant à ce trocart un gros drain de caoutchouc?

L'opération de M. Richelot ne me paraît pas prouver que la laparotomie vaille mieux que la ponction dans le traitement des kystes hydatiques du foie.

On parle de la mortalité de la ponction, mais on ignore quelle est la mortalité de la laparotomie, et il n'est pas difficile de prévoir qu'elle est beaucoup plus considérable malgré les précautions antiseptiques.

La laparotomie aurait sa raison d'être si on avait affaire à un kyste pédiculé, parce qu'on ferait une opération radicale. Malheureusement le diagnostic des kystes pédiculés du foie est jusqu'à présent impossible. Et lorsque l'opération en question a été faite, c'est qu'on s'était trompé sur la nature de la tumeur et qu'on croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire.

La ponction des kystes hydatiques du foie avec le gros trocart ne m'a jamais donné d'accident, et, en ce moment, j'ai dans mon service un jeune homme en voie de guérison après une opération de ce genre. Avec les lavages antiseptiques dans la poche, on est toujours maître d'empêcher la putréfaction de son contenu et les intoxications putrides. Une seule fois, chez un garçon de 13 ans, le kyste ayant suppuré et se vidant assez mal, j'ai fait une incision avec le bitouri. Le malade a guéri.

A mon avis, la ponction avec le gros trocart doit rester la méthode générale, la méthode de choix, pour les kystes hydatiques du foie, surtout lorsque ceux-ci sont sessibles et ne sont pas d'un volume excessif.

Je réserve la laparotomie seulement pour les kystes d'un volume énorme; parce que, dans ces cas exceptionnels, la ponction pourrait produire une inflammation suppurative trop considérable, et qu'il y a grand intérèt à évacuer d'emblée les hydatides, à réséquer une grande partie de la poche pour se mettre à l'abr des accidents inflammatoires.

M. Tillaux. La laparotomie ne doit pas être considérée comme méthode générale du traitement des kystes du foie, et pour les petits et pour ceux qui arrivent à la grosseur d'une tête d'adulte. Au début, lorsque la poche n'a pas encore suppuré, il faut toujours avoir recours, avec un petit trocart, à la ponction simple, qui même suffit dans quelques cas à amener la guérison.

Lorsque le kyste est suppuré on doit ouvrir, et dans la discussion qui a eu lieu il y a quatre ans sur le même sujet, j'ai rappelé le procédé suivant dont je me sers depuis cinq ou six ans et qui m'a donné d'excellents résultats :

J'incise au bistouri la paroi abdominale au niveau du kyste jusqu'au péritoine. Cela fait, je perfore la séreuse et le kyste à l'aide

d'une flèche de Canquoin que je laisse à demeure cinq ou six jours : il se détache une escharre qui donne après elle une large ouverture par laquelle le kyste se vide avec facilité. La poche se rétracte, je ne fais même pas de lavage, à peine un peu de compression, et la guérison ne tarde guère à survenir. J'avoue qu'à moins de diagnostic très difficile je ne pratiquerai jamais la laparotomie pour un kyste hydatique du foie, car je ferai observer qu'inciser la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement, ce n'est pas faire une véritable laparotomie, et que la flèche de Canquoin que j'emploie est substituée au trocart.

M. Terrier. Je veux bien insister sur un point, c'est que la laparotomie ne peut être proposée pour tous les kystes du foie. C'est pour ceux de la face inférieure et ceux bien diagnostiqués que j'ai reconnu son utilité. Je crois, contrairement à ce que vient de dire M. Polaillon, que si je m'étais contenté d'une ponction pour ma malade qui présentait cet énorme kyste, je lui aurais fait courir plus de dangers qu'avec la laparotomie en raison de la suppuration étendue qui en aurait été la conséquence. Disons donc que les procédés s'échelonnent. On a fait la ponction et on l'a vu réussir, puis on a vu des cas où elle avait déterminé de la suppuration; alors on a choisi un trocart plus gros pour éliminer plus rapidement la cause de la suppression de ces kystes. — M. Verneuil en est venu lui-même à modifier son procédé; il fait maintenant deux ponctions et incision; par conséquent il tend à se rapprocher de la nouvelle méthode, seulement il ne pratique pas cette dernière de parti pris comme l'a fait M. Richelot. Dans des conditions spéciales, je me suis trouvé, après l'incision, sur une poche immense que j'ai cherché à réduire à son minimum; mais évidemment, pour des kystes gros comme le poing, on ne songerait pas à pratiquer la laparotomie. Si nous voyons qu'on a obtenu de bons résultats par l'emploi du gros trocart, des deux trocarts, du caustique et l'incision directe, nous devons en déduire qu'il n'y a pas de règles mathématiques applicables à tous les cas.

M. Verneuil. La meilleure méthode est celle qui répond le mieux aux diverses indications d'un cas donné, et un sage éclectisme est ici nécessaire. Créer une voie artificielle et chirurgicale, provoquer l'inflammation éliminatrice, enfin favoriser mécaniquement cette élimination, tels sont les termes de la question que nous ne devons jamais perdre de vue.

M. Trélat. J'ai écouté attentivement la discussion qui vient d'avoir lieu, l'accord s'est fait peu à peu et je viens aussi à mon tour me ranger à côté de ceux qui ont prouvé que M. Richelot a

été trop loin, en considérant toute thérapeutique des kystes du foie comme basée sur l'incision abdominale. Ce qui ressort des faits avancés par MM. Terrier, Polaillon et Verneuil, c'est que des indications diverses appellent des méthodes différentes. J'ai toujours dans mon service un malade que M. Segond a traité par la laparotomie ou plutôt l'incision avec résection et suture de la corolle kystique à la paroi abdominale ; seulement il est en traitement depuis deux mois passés ; c'est lui dont la cure a été traversée par des érysipèles. Il est rare qu'on atteigne cette limite par les autres procédés.

Il y a longtemps j'ai eu la pensée de traiter un kyste de cette nature, remarquable par l'horrible fétidité de son contenu, par la ponction, puis l'élargissement de l'ouverture à l'aide de sondes plus ou moins grosses déterminant une dilatation graduée.

J'ai fait à la Charité, chez une femme, une ouverture plus étroite dans laquelle j'ai engagé une flèche de pâte de Canquoin; ce kyste s'est rapidement vidé et la guérison a été obtenue en six semaines. — Ce qu'il faut conclure, c'est que nous trouvant en présence de tentatives nouvelles, judicieuses, excellentes, nous devons nous garder d'être systématiques, mais bien graduer cette thérapeutique d'une façon raisonnée, d'après un diagnostic aussi exact que possible, et savoir profiter d'un accroissement de ressources savamment appliqué et à propos.

M. Richelot. La laparotomie ne consiste pas nécessairement dans l'incision reliant l'ombilic au pubis. Celle de Volkmann est inoffensive et elle a sur le gros trocart l'avantage de voir à ciel ouvert ce que l'on fait. Je conclus donc en disant que la méthode qui, en somme, pour moi est préférable est la laparotomie, ou plutôt, si le mot paraît effrayant, l'incision franche du péritoine petite ou grande, après laquelle le chirurgien, selon les cas, se décide pour tel ou tel traitement.

Présentation de malade.

M. Phocas, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Bouilly, un malade auquel notre collègue a pratiqué l'opération d'Estlander.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 2 décembre 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Anévrisme cirsoïde de la main*, par le Dr Mink (d'Amsterdam) ;

3° *Observation de rétrécissement syphilitique de l'urèthre*, par le Dr de Santi (Commissaire : M. Humbert) ;

4° *Quelques observations sur les restaurations de la face*, par le Dr Anffret, médecin en chef de la marine (Commission : MM. Sée, Terrillon, Polaillon);

5° M. le Dr Quenu, chirurgien des hôpitaux, se porte candidat à la place vacante de membre titulaire ;

6° *De l'action des cautérisations prolongées et variées dans les récidives des tumeurs*, par le Dr Bourgnot ;

7° *Mémoire sur les occlusions intestinales*, par le Dr Ch. Anffret, médecin en chef de la marine à Brest.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Monod lit une note intitulée :

Sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par l'incision antiseptique.

M. Ch. Monod, à propos de la communication faite par M. Richelot dans la dernière séance, annonce qu'il a, lui aussi, il y a juste trois semaines, opéré avec succès, par l'incision, un kyste hydatique du foie chez une jeune malade qui est encore en traitement. L'observation complète sera communiquée plus tard, lorsque la guérison sera achevée.

Mais, dès aujourd'hui, il tient à citer ce fait qui vient à l'appui de la pratique défendue par M. Richelot et par M. Terrier.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une jeune fille de 18 ans, portant un gros kyste, déjà plusieurs fois ponctionné et dont le début remontait à plusieurs années. La tumeur faisait à l'épigastre une saillie manifeste, qui invitait, pour ainsi dire, à l'incision. Elle avait cependant pris naissance à la face inférieure du foie, comme on put s'en assurer au cours de l'opération, mais n'était plus séparée de la paroi abdominale que par une faible couche de tissu hépatique aminci.

L'opération, pratiquée le 12 novembre dernier, avec le concours de MM. Terrillon et Schwartz, fut de la plus grande simplicité. La tumeur ayant été mise à nu, par une incision de la paroi abdominale et du péritoine, longue de 7 à 8 centimètres, une ponction faite avec le plus gros trocart de l'appareil Potain permit de retirer un litre et demi de liquide clair.

La paroi du kyste affaissé put alors être attirée dans la plaie et largement incisée, sans qu'une goutte de liquide s'écoulât dans le péritoine. Les bords de cette incision, formés par le tissu hépatique, saignaient assez abondamment. Des pinces appliquées sur tout le pourtour arrêtèrent immédiatement cet écoulement.

Par l'ouverture ainsi pratiquée et largement béante, il fut facile d'extraire les vésicules filles très nombreuses (au nombre de quinze), toutes intactes, mais éclatant sous la pression de la pince, et laisser échapper un liquide cristal de roche, qui était à mesure rocueilli avec des éponges. Par la même voie, on amena en dehors la membrane germinative tout entière. On put pendant ces manœuvres apprécier la profondeur à laquelle pénétrait la cavité kystique ; sa contenance était vraiment considérable, elle put être évaluée à 2 litres au minimum, si l'on tient compte du liquide enfermé dans les vésicules filles.

Lorsqu'on se fut assuré par l'exploration directe avec les doigts qu'aucune partie solide n'était restée en arrière, on procéda au pansement définitif. Les bords de l'ouverture, après résection des parties les plus saillantes, furent solidement fixés par des points de suture multipliés aux bords de la plaie abdominale. La surface interne de la cavité fut largement touchée avec une solution de chlorure de zinc au 1/10ᵉ; on toucha la poche comblée avec des tampons de gaze iodoformée, de la gaze de Lister, de la ouate, et un bandage de corps complétant l'appareil.

Ce premier pansement put être laissé cinq jours en place. Au bout de ce temps, il fut enlevé et remplacé par deux gros drains qui permirent le lavage abondant et quotidien. On eut quelque

peine à établir ce lavage d'une façon complète, à cause de la profondeur et de la position déclive de la poche. Un appareil à siphon, installé quelques jours plus tard, donna seul un résultat tout à fait satisfaisant. Ce fut seulement à partir de ce moment que la température, d'abord un peu élevée, retomba à la normale, où elle est demeurée depuis lors.

Aujourd'hui la jeune malade est en pleine voie de guérison. La cavité, très réduite, n'admet plus qu'un quart de litre de liquide; elle va diminuant tous les jours.

Pas un seul instant on n'eut de sérieuses inquiétudes à concevoir sur l'issue favorable de l'intervention.

Il est à remarquer, en effet, qu'on opère en pareil cas, pour ainsi dire, hors du ventre. L'incision de la paroi abdominale est relativement petite; elle ne dépasse pas les limites du kyste, qui se présente de lui-même à l'ouverture et la comble par sa seule présence. Aucun des organes contenus dans l'abdomen n'est même aperçu.

Lorsqu'elle peut être ainsi conduite, l'opération est tout innocente, à condition toutefois qu'elle soit faite avec toutes les précautions antiseptiques, qui sont de rigueur dans toute laparatomie.

Avec M. Richelot et ceux de ses collègues qui se sont rangés à son opinion, M. Monod est donc porté à conclure que, dans tous les cas où un kyste hydatique sera accessible et viendra se mettre en rapport dans une étendue suffisante avec la paroi abdominale, c'est par l'incision qu'il devra être traité, dût-on pour cela, comme chez sa malade, passer au travers d'une couche de tissu hépatique. On joindra au besoin, à cette incision, la résection des parties à la paroi kystique.

Ce moyen, qui assure une évacuation complète et rapide de liquide contenu, des hydatides et de la membrane germinative, procure une guérison plus prompte que tout autre, sans faire courir au malade plus de dangers.

On pourrait même soutenir qu'il est le plus innocent de tous, puisqu'il permet une ouverture large, proportionnée au volume reconnu de kyste, et assure un lavage complet et exact de la cavité, quelque étendue qu'elle soit.

Facilitant enfin une bonne exploration de la tumeur et de ses connexions, il permet au chirurgien de conduire son intervention, en modifiant au besoin son plan primitif, suivant les indications qu'il peut rencontrer sur sa route. M. Monod n'insiste pas sur ce point. Il ne pourrait que reproduire à cet égard les préceptes formulés à la dernière séance par MM. Richelot et Terrier.

Discussion.

M. Terrier croit, en effet, qu'il est bon de faire connaître ces opérations seulement après le résultat définitif. Il pense être le premier qui ait employé ce traitement, applicable aux kystes du foie, du moins à Paris. J'ai, dit-il, encore sur ce sujet une observation que je publierai et que je ferai connaître en temps opportun. Il est probable que l'emploi des caustiques, en pareil cas, sera inutile si on fait usage de la méthode antiseptique.

Rapport.

M. Terrier lit un rapport sur un travail de M. Rohmer (de Nancy), intitulé :

Observation de greffe oculaire (œil de chien) chez une femme de 42 ans : le globe de l'œil transplanté adhère, par première intention, aux parties molles de l'orbite. — Sphacèle de la cornée le 7e jour. — Atrophie du globe.

Au commencement d'août dernier, notre collègue M. P. Berger vous a présenté, au nom de M. le professeur agrégé Rohmer (de Nancy), une observation intitulée : *Observation de greffe oculaire (œil de chien) chez une femme de 42 ans : le globe de l'œil transplanté adhère, par première intention, aux parties molles de l'orbite; sphacèle de la cornée le 7e jour; atrophie du globe.*

Chargé de vous rendre compte de ce fait, ou plutôt de cette nouvelle tentative, qui date du 22 juin 1885, j'ai cru devoir étudier la question si intéressante de la greffe oculaire, question mise sur le tapis pour la première fois par le Dr Chibret (de Clermont-Ferrand).

C'est, en effet, au Dr Chibret qu'on doit la première tentative de greffe oculaire; elle date du 4 mai 1885. La seconde tentative a été faite par votre rapporteur le 15 juin 1885, soit sept jours avant celle de M. Rohmer. Depuis, nous connaissons deux autres essais, l'un par H.-W. Bradfort (de Boston), le 9 août 1885; l'autre par moi, le 19 octobre 1885.

Donc en même temps que l'observation de M. Rhomer, je crois utile de vous rappeler brièvement les diverses tentatives faites dans le même sens par MM. Chibret, Bradfort et par moi. Il s'en faut que ces tentatives aient été toutes couronnées de succès; le

plus souvent, en effet, elles ont échoué, mais cependant l'une d'elles, due à M. H. W. Bradfort (de Boston), paraît avoir été couronnée d'un plein succès.

Voyons donc tout d'abord le résumé des diverses observations publiées sur ce sujet, observations auxquelles j'ajouterai les deux faits qui me sont personnels et qui ont été recueillis dans mon service de l'hôpital Bichat.

OBSERVATION I, de M. Chibret (de Clermont-Ferrand), résumée [1].

Il s'agissait d'une fille de 17 ans, dont l'œil staphylomateux fut enlevé, selon les règles normales et avec les précautions antiseptiques. On termine en irriguant la capsule avec une solution de sublimé au 1/2000.

L'œil gauche d'un lapin fut alors énucléé « en conservant un morceau de conjonctive près du bord inférieur de la cornée, afin de pouvoir saisir et transplanter le bulbe avec une piuce à fixation, sans le laisser reposer sur aucune place résistante. L'extrémité de la pince est mise en porte à faux sur le bord d'une table en attendant. Le tissu cellulaire qui se trouve à la surface de la sclérotique est soigneuseusement enlevé avec des ciseaux », puis l'œil est irrigué avec la même solution antiseptique à 1 pour 2000,

Revenant alors à sa malade, M. Chibret fait une suture en bourse sur le bord libre de la conjonctive tapissée par la capsule de Tenon. « Un fil est passé à droite, un autre à gauche. L'ouverture de la capsule étant rendue béante par la tension et l'écartement de ces fils, on y introduit le globe oculaire du lapin en donnant aux différents méridiens leurs rapports respectifs vis-à-vis de l'orbite, » précaution d'ailleurs assez discutable.

L'œil est maintenu en place avec l'index appliqué sur la cornée, « pendant que les fils sont serrés et noués en haut et en bas de la cornée, de manière à sertir la cornée dans les bords plissés de la conjouctive. »

On termine en réséquant le morceau de conjonctive laissé pour plus facilement manœuvrer l'œil qu'on cherche à greffer. Lotion de sublimé (1/2000) et bandeau compressif sur les deux yeux.

Les 1er et 2e jours, pas de douleurs ; la cornée se trouble un peu le 2e jour. Mouvements associés des yeux.

Au 5e jour, quelques douleurs. On coupe et enlève les fils de la suture, qui ont tracé un sillon dans la cornée en deux points. Insensibilité de la cornée. Hypotonie. L'œil est soudé.

Jusqu'au 10e jour, les ulcères restent stationnaires ; la cornée paraît s'éclaircir ; l'hypotonie diminue.

Le 10e jour, la sensibilité cornéenne, nulle la veille, *est revenue ;* il y a mêmc hyperesthésie (?).

[1] *Revue générale d'ophthalmologie*, n° 5, p. 193, 1885.

Le 12e jour, tonus presque normal. La cornée s'éclaircit encore.

Le 13e jour, élimination des couches opalines superficielles de la cornée sous forme de pus (?). La membrane de Descemet, mise à nu par places, laisse voir la coloration de l'iris.

Le 14e jour, la membrane de Descemet est à nu presque partout.

Le 15e jour, elle cède et s'ulcère par places, si bien que le pigment irien tache le pansement. Notons que la sensibilité de cette membrane restait exquise, selon l'expression de l'auteur.

En fait[1], nécrose de la cornée, puis de l'iris, et hernie du cristallin, qu'on dut enlever en déchirant la capsule antérieure. Vers le 30e jour, la partie de la cornée est comblée par du tissu cicatriciel, et la malade put retourner chez elle.

Nous ne ferons que mentionner les accidents qui survinrent ensuite, soit la suppuration du moignon oculaire, avec vives douleurs intra- et périorbitaires (du 20 juillet au 10 août); enfin la production d'un petit moignon fait par la sclérotique de l'œil transplanté.

Obs. II, de M. F. Terrier. — *Plaie du globe oculaire. — Perte de l'œil. — Ablation du moignon et greffe d'un œil de lapin. — Insuccès.*

Bourc..., 30 ans, reçoit dans l'œil gauche un coup de couteau, et entre à l'hôpital Bichat le 25 mai 1885. La cornée est fendue verticalement; hernie de l'iris; disparition de la chambre antérieure; issue probable du cristallin et d'une partie du corps vitré, car l'œil est mou et petit. Vision nulle.

Pansement antiseptique à l'acide borique.

Peu de réaction inflammatoire; la vision reste abolie; l'œil vidé devra être enlevé un peu plus tard, quand les phénomènes réactionnels seront tout à fait calmés. On peut attendre, car le blessé ne souffre presque pas.

Opération le 15 *juin* 1885. — Anesthésie au chloroforme, et l'ablation de l'œil est faite d'après les procédés habituels. On place dans la cavité de l'orbite une petite éponge pour obtenir l'hémostase.

Aussitôt, je fais l'ablation de l'œil d'un lapin, en ayant soin de laisser autour de la cornée une certaine quantité de conjonctive, et en évitant de dénuder absolument le globe de son tissu cellulaire.

Cet œil enlevé est lavé dans la solution d'acide borique, et on le place immédiatement dans l'orbite du malade, en enlevant précédemment l'éponge qui assurait l'hémostase.

Puis, avec de fines pinces, on ramène assez facilement la conjonctive autour de l'œil ainsi placé, et on la maintient à l'aide de pinces à pression tenues par des aides.

Je pratique alors tout autour du globe nouveau une suture en soie

[1] *Revue générale d'ophthalmologie*, n° 9, p. 387 et 388, 1885.

fine à points séparés, entre la conjonctive humaine et la conjonctive animale. Huit points de suture sont ainsi placés et assurent la solidité et la fixité de ce nouvel œil.

Pansement boriqué, avec une légère compression ouatée. L'opération a été faite avec les précautions antiseptiques de Lister.

Le soir, pas de douleurs. T. 38°,5.

16 *juin*. Dans la nuit, quelques douleurs périorbitaires. On enlève le pansement, et l'œil, encore clair, offre des mouvements en haut, en bas, à droite ou à gauche sous l'influence de la volonté du malade ; ce qui s'explique facilement par les sutures de la conjonctive.

La paupière supérieure est un peu douloureuse et tuméfiée. T. 37°,7. Il y a un peu d'entropion de la paupière inférieure.

17 *juin*. Douleurs moindres; l'œdème de la paupière supérieure a augmenté; l'œil est mobile, hypotonie; la cornée trouble et un peu plissée ; elle est insensible. L'entropion persiste.

18 *juin*. Douleurs nulles. L'œdème palpébral supérieur persiste; la cornée se flétrit de plus en plus. Entropion inférieur.

19 *juin*. L'œdème diminue; l'œil se sphacèle. On continue les pansements antiseptiques.

20 *juin*. On trouve dans le pansement un lambeau de conjonctive sphacelée. La portion d'œil restant encore est animée de quelques mouvements associés.

21 *juin*. Les derniers vestiges sphacélés de l'œil du lapin sont enlevés.

23 *juin*. La plaie résultant de l'ablation du globe est aux trois quarts cicatrisée, et l'orbite n'est plus abrité que par un petit lambeau flottant.

26 *juin*. Deux fils de soie restés dans la conjonctive sont retirés. La plaie de l'orbite est presque cicatrisée.

L'opéré sort guéri le 27 juin 1885.

Dans un second fait, nous n'avons pu obtenir la moindre greffe, quelque imparfaite qu'elle puisse être. Cela tient probablement au *modus faciendi*, comme nous le verrons un peu plus loin.

Jusqu'alors, M. Chibret et moi nous étions adressés au lapin pour enlever l'œil à greffer; M. Rohmer, le premier, je crois, a eu recours à un œil de chien, dans sa tentative que j'ai maintenant à analyser avec quelques détails :

Obs. III, de M. Rohmer. — *Greffe oculaire (œil de chien) chez une femme de 42 ans. — Adhérence du globe par première intention. — Sphacèle de la cornée. — Atrophie du globe.*

Mme Ch..., 42 ans, entre à la clinique le 15 mai pour se faire soigner d'un staphylome adhérent de l'œil gauche ayant déterminé depuis peu une iridocyclite limitée aux parties tiraillées et quelques troubles sympathiques sur l'œil droit. La staphylotomie, faite d'après les règles, n'arrête que momentanément les accidents, aussi se détermine-t-on à pratiquer l'ablation de l'œil gauche.

Pour remplacer l'œil enlevé, M. Rohmer choisit un œil de chien, de volume et de couleur analogues à l'œil sain de la malade; il se fit en outre assister par M. Beaunis, professeur de physiologie à la faculté de Nancy.

L'ablation du globe fut faite le 22 juin 1885, en utilisant les procédés antiseptiques (lavage au sublimé 20/1000) et en sectionnant la conjonctive à deux millimètres de la cornée. Une éponge trempée dans la solution de bichlorure fut placée dans l'orbite pendant qu'on pratiquait l'enlèvement de l'œil du chien. « Ici, dit l'auteur, j'ai soin de ménager autour de la cornée une collerette de conjonctive, large de trois à quatre millimètres environ, et l'œil est enlevé avec précaution. Je laisse adhérente à la sclérotique le tissu cellulaire qui l'entoure... » On trempe le globe ainsi détaché dans la solution de sublimé et on le place dans l'orbite. La collerette conjonctivale péri-cornéenne de l'œil du chien est fixée à la conjonctive restée dans l'orbite de la malade par quatre points de suture, faits avec du fin fil de soie trempé dans la solution de sublimé. Ceci fait, on constate que l'œil transplanté fait une légère saillie, ce qui tient à son volume un peu exagéré et aussi à un léger épanchement sanguin intra-orbitaire. Pansement occlusif avec du silk, du coton salicylé et une bande de tarlatane.

23 *juin*. Sérosité sanguinolente imbibant le pansement. La cornée est opaline, mais lisse et brillante. Lavage antiseptique au sublimé. Pansement compressif.

24 *juin*. Quelques douleurs périorbitaires. Un fil de la suture conjonctivale est tombé. Cornée insensible, un peu dépressible, de même aspect que la veille. La conjonctive péricornéenne est blanchâtre. Même pansement.

25 *juin*. Même état. Le globe est mobile. Pansement *ut supra*.

26 *juin*. Pansement taché de muco-pus. Un deuxième fil est tombé. La bandelette conjonctivale péricornéenne tend à s'éliminer par lambeaux. L'œil se meut dans tous les sens, ce qui surprend beaucoup M. Rohmer, bien à tort, croyons-nous. Cornée opaline, offrant à son bord supero-externe un petit sillon d'élimination. Pupille dilatée. Pansement *ut supra*.

27 *juin*. L'ulcération périkératique a augmenté en haut, le bord de la cornée est soulevé et l'ouverture du globe est imminente.

28 *juin*. Sphacèle de la cornée en haut. L'œil se vide.

29 *juin*. Corps vitré éliminé. La coque oculaire reste seule en place, adhérente et mobile.

Donc, après cette transplantation, il ne restait plus qu'un moignon sclérotical, comparé par M. Rohmer, à celui que donne l'amputation de la cornée staphylomateuse par le procédé de Critchett.

Mais, trois mois après l'opération, ce moignon, toujours suppurant, donna lieu à des phénomènes sympathiques sur l'autre œil : diminution de l'acuité visuelle, nuages, douleurs ciliaires et périorbitaires, rougeur périkératique. Si bien que M. Rohmer dut en

pratiquer l'extirpation ; celle-ci montra que le moignon était fort adhérent aux parties sous-jacentes de la capsule de Tenon. Cette ablation faite, les phénomènes sympathiques cessèrent[1]. Comme on le voit, M. Rohmer a utilisé le procédé que j'avais suivi dans ma première observation, à savoir : ménager la conjonctive sur l'œil qu'on enlève et en avoir une collerette assez large sur l'œil que l'on greffe. De plus, il conserve le tissu cellulaire qui recouvre le globe comme je l'avais fait, et contrairement à la pratique de M. Chibret. Enfin, quatre points de suture fixèrent le globe transplanté exactement comme j'avais fixé l'œil du lapin, dans l'orbite de mon premier opéré.

Le résultat obtenu par M. Rohmer est certes préférable au mien, en ce sens que l'œil se greffa en partie ; malheureusement la cornée se sphacéla et la greffe obtenue fut plutôt un mal pour la malade, puisqu'elle donna lieu à des accidents sympathiques dans l'œil sain et dut être enlevée ultérieurement. Ces accidents sympathiques avaient d'ailleurs été regardés comme possibles par M. Chibret, ainsi que nous le verrons plus loin.

Obs. IV, de M. H.-W. Bradfort[2]. — A case of enucleation with replacement of the human globe by that of a rabbit, in the *Boston medical and surgical Journal*, vol. CXIII, n° 12, p. 269, Thunday, september 17, 1885.

Le malade, marin de 35 ans environ, avait perdu l'œil dans sa jeunesse, par suite d'accident, et présentait un moignon atrophié. L'opération fut faite le 9 août 1885; on fit l'énucléation selon la méthode ordinaire, toutefois les muscles droits furent soulevés sur un crochet mousse et suturés avant d'être sectionnés. De plus, le chirurgien attirant le globe en avant put tirer le nerf optique et y placer une anse de fil en le traversant autant que possible à son centre. Le nerf fut alors sectionné au ras de la sclérotique et le moignon fut enlevé. L'hémorrhagie fut arrêtée par une application de glace.

On procéda alors à l'ablation de l'œil du lapin, œil dont la coloration se rapprochait de celle de l'œil sain du malade. La conjonctive fut coupée circulairement à environ cinq millimètres de la cornée. Les muscles furent sectionnés au ras du globe; quant au nerf optique, il fut coupé à environ huit millimètres de son point d'entrée dans la sclérotique.

La cavité orbitaire du malade, bien séchée et lavée avec un peu d'al-

[1] Cette seconde partie de l'observation de M. Rohmer m'a été transmise par lettre datée du 31 octobre 1885.

[2] Cette observation est due à H.-B. Chandler, ancien interne de la clinique des malades des yeux et des oreilles du Massachusetts, dont M. H.-W. Bradfort est le chirurgien.

bumine d'œuf, l'œil du lapin fut aussi trempé dans cette albumine avant de le placer,

L'anse de fil, précédemment placée dans le nerf optique du malade, fut passée dans le nerf optique de l'œil du lapin, et les bouts des deux nerfs furent soigneusement rapprochés à l'aide d'un nœud coulant spécial. L'un des chefs du fil fut coupé court, l'autre chef fut fixé au nez par une bandelette de diachylum, en sortant de l'orbite par le grand angle de l'œil, et en évitant toute traction pouvant dénouer le nœud coulant. Les quatre muscles droits furent suturés au tissu sous-conjonctival, puis quatre points de suture réunirent la conjonctive du lapin à celle du malade.

Les paupières closes, pansement iodoformé et compression avec du coton hydrophile et une bande de flanelle.

Le premier pansement ne fut enlevé que le 7e jour ; les cils étaient agglutinés par du mucus. Légère opacité de la cornée, paraissant superficielle ; chémosis recouvrant la cornée sauf à sa partie externe, où la sclérotique était à découvert ; le point de suture du droit externe n'avait point tenu au tissu cellulaire sous-conjonctival et le muscle en se rétractant avait entraîné la conjonctive.

On retira les points de suture du nerf et des droits supérieur et interne. Le droit inférieur fut laissé suturé. Atropine, occlusion des paupières et pansement.

Le deuxième pansement au 12e jour. Le malade accusait une légère douleur. La suture inférieure s'était détachée. La cornée encore trouble paraissait s'éclaircir, la conjonctive était adhérente au globe tout autour de la cornée. La sclérotique dénudée au dehors était à moitié recouverte. Les muscles droits agissaient bien sur le globe. On continua l'atropine et le pansement iodoformé.

Au 18e jour, époque où fut publiée l'observation, voici l'état de l'œil : conformation et tension normales, la cornée s'est éclaircie au point qu'on peut apercevoir l'iris. Le chémosis a disparu bien que la conjonctive soit encore hyperhémiée. La sclérotique est tout à fait recouverte, dans sa partie externe primitivement dénudée. Tous les mouvements de l'œil se font bien.

En fait, le résultat au 18e jour semblait être parfait et, pour nous en assurer, nous avons écrit à M. le Dr H.-W. Bradford (de Boston). Ce chirurgien a eu l'obligeance de nous répondre, et voici quel était l'état de son malade vers la fin d'octobre, c'est-à-dire *deux mois et vingt jours* après l'opération :

Le globe est de volume, de forme et de tension normales ; à la partie externe de la cornée existe une cicatrice due à un ulcère occupant le sixième environ de sa surface.

La conjonctive est normale, l'iris un peu trouble, passablement dilaté, et ne se contractant pas sous l'influence de la lumière. Le corps vitré offre quelques opacités, le nerf est peu distinct. Les mouvements du globe s'exécutent très bien et dans toutes les di-

rections. Le chirurgien de Boston considère ce résultat comme satisfaisant et j'avoue partager tout à fait sa manière de voir, malgré l'ulcération signalée sur le sixième environ de la cornée, ulcération qui peut-être se guérira spontanément, à mesure que la nutrition du globe greffé sera de plus en plus parfaite.

J'ajouterai que la lecture de cette observation me fit essayer une seconde fois la greffe oculaire en abandonnant les procédés opératoires utilisés jusqu'ici pour adopter en partie celui de M. H.-W. Bradford, dont la supériorité me parut incontestable. Voici ce fait :

Obs. V de M. F. Terrier. — *Cataracte gauche opérée sans succès. — Énucléation. — Greffe d'un œil de lapin. — Ulcération de la cornée au 19e jour. — Énucléation du moignon resté adhérent pour éviter les accidents de sympathie.*

L. Lab...., 66 ans, a été opéré d'une cataracte à droite, avec iridectomie, il y a 18 mois. Il voit bien de cet œil. Une dernière opération faite sur l'œil gauche, à l'hôpital Lariboisière, fut suivie d'insuccès et de douleurs ciliaires violentes, d'où l'indication d'enlever cet œil. Le malade entre à l'hôpital Bichat le 15 octobre 1885. L'énucléation fut faite le 19 octobre avec les précautions suivantes : la conjonctive est sectionnée très près de la cornée, puis chacun des muscles droits est chargé sur le crochet à strabisme, transpercé d'un fil de soie et enfin sectionné sur le globe. De cette façon, les extrémités des quatre muscles droits sont maintenus à la disposition du chirurgien. On finit l'énucléation et l'on coupe trop court le nerf optique, qu'on ne peut retrouver pour y placer un fil à ligature.

L'hémostase est obtenue à l'aide d'une légère compression faite par une petite éponge imbibée de solution boriquée. Ceci fait, on pratique assez vite l'énucléation de l'œil d'un lapin, en ayant soin de laisser deux à trois millimètres de conjonctive autour de la cornée et de ne pas enlever le tissu cellulaire qui double la sclérotique extérieurement.

Cet œil est plongé dans la solution boriquée tiède, puis, après avoir enlevé l'éponge qui assurait l'hémostase, on le place dans l'orbite du malade et on rabat autour de lui la conjonctive. Au niveau de chacun des droits, qu'on tire successivement en avant, on passe une suture comprenant la conjonctive du sujet, le muscle droit et la conjonctive de l'œil du lapin. Le muscle droit supérieur seul ne put être ainsi fixé, le fil qui le maintenait l'ayant déchiré, aussi dut-on se contenter de suturer la conjonctive humaine à celle du lapin.

De cette façon, on avait quatre points de suture situés aux quatre points cardinaux de l'œil, dont trois comprennent un muscle droit, outre les deux conjonctives accolées.

L'œil transplanté avait conservé nettement la contractilité de l'iris ; après occlusion puis ouverture des paupières, on voit la pupille se dilater d'abord puis se rétrécir. Pansement occlusif avec la ouate boriquée et un linge imprégné de vaseline boriquée, le tout maintenu par une bande de flanelle.

20 *octobre*. Légère tuméfaction des deux paupières qui sont ecchymosées, un peu d'entropion de la paupière inférieure. La cornée insensible est légèrement trouble et conserve assez de transparence pour laisser voir l'iris; elle paraît moins résistante.

21 *octobre*. Léger sphacèle du tissu cellulaire conjonctival, au niveau des angles interne et externe, vers le point de suture. L'iris est encore visible, insensibilité de la cornée qui se déprime facilement sous la pression d'un stylet mousse. Si l'on vient à pousser un peu cette dépression, le malade accuse une légère sensation certainement fournie par le refoulement du globe en arrière. On cherche à combattre l'entropion de la paupière inférieure, en appliquant une couche de collodion sur la face cutanée de cette paupière.

22 *octobre*. Au niveau des quatre sutures, il y a manifestement un peu de sphacèle des tissus, qui sont mous et blanchâtres; mais, dans les points intermédiaires, la conjonctive du lapin est parfaitement réunie à celle du sujet. L'œil est très mobile, les paupières s'ouvrent mieux et ne sont plus gonflées. La cornée est opaque, si bien qu'on ne voit plus l'iris; de plus, elle est un peu dépolie en bas, par suite du frottement des cils déviés par l'entropion.

23 *octobre*. Même état.

24 *octobre*. Un petit lambeau de conjonctive sphacélée se détache vers l'angle interne. La cornée est moins insensible et trouble, lisse partout, sauf en bas.

25 *octobre*. L'œil, très mobile, n'est nullement douloureux; la carapace de collodion, destinée à combattre l'entropion de la paupière inférieure, s'est détachée et est enlevée.

26 *octobre*. Reproduction de l'entropion. La cornée est trouble et tend à s'ulcérer en bas, à cause de l'entropion.

27, 28, 29 et 30 *octobre*. Même état. Persistance de l'entropion, qui agit toujours sur la partie inférieure de la cornée en l'irritant.

31 *octobre*. La cornée semble s'éclaircir en bas, ce qui tient à ce qu'elle s'amincit par le frottement des cils. On replace du collodion pour éviter l'entropion.

1er *novembre*. L'entropion ne s'est pas reproduit, grâce au collodion Même état de l'œil.

2 *novembre*. Reproduction de l'entropion, qui ulcère la cornée.

3 *novembre*. Pour arrêter cette ulcération, un fil est passé à travers la paupière, et on le fixe en bas avec du collodion, de manière que la paupière ne puisse plus se retourner et ne frotte plus sur l'œil.

4, 5, 6, 7 *novembre*. L'œil est toujours très mobile; la cornée, insensible et opaque. L'ulcération inférieure persiste et tend même à augmenter ; son fond est formé par la membrane de Descemet, ce qui permet de voir l'iris par transparence.

8 *novembre*. L'œil s'est vidé pendant la nuit, soit dix-neuf jours après l'opération.

Le 11 novembre, instruit par les faits de M. Chibret, et surtout de M. Brohmer, je pratique l'ablation de ce qui reste de l'œil greffé, c'est-à-dire la sclérotique et une partie de la choroïde. Ce moignon

est très adhérent et difficile à détacher avec des ciseaux courbes; les adhérences sont fort solides et très vasculaires.

Trois jours après, L.., quitta l'hôpital parfaitement guéri. Il reviendra dans quelque temps pour avoir un œil artificiel.

En fait, nous avons eu encore un insuccès, mais tardif, et très probablement dû à l'entropion, dont nous n'avons pu empêcher l'action destructive sur une cornée offrant un véritable minimum de vitalité. Notons que cet entropion s'était aussi produit dans notre premier essai de greffe, et qu'il avait pu être considéré déjà comme une cause sérieuse d'insuccès; nous y reviendrons plus loin.

Résumons maintenant ces diverses observations, et voyons ce que nous pouvons en déduire. Dans les cinq cas de greffe oculaire, quatre fois on a utilisé l'œil du lapin, une fois seulement l'œil du chien. Y aurait-il avantage à choisir une espèce animale plus près du type humain, comme le chien, par exemple? Le fait est possible, mais l'observation de Boston ne plaide pas absolument en faveur de cette détermination, puisque l'on a réussi avec un œil de lapin. Les sujets étaient d'âge très divers : 17, 30, 42, 35 et 66 ans, et la greffe qui a réussi a été faite chez un homme de 35 ans, très robuste. Les greffes tentées chez les sujets de 17, 30, 42 et 66 ans, ont échoué au 14e, 3e, 6e et 19e jour. On ne peut donc rien conclure de l'influence de l'âge, toutefois celui-ci doit entrer en ligne de compte, et du côté du sujet greffé, et du côté de celui qui fournit la greffe. A cet égard, il nous semble indiqué de prendre l'œil d'un animal jeune, voire même d'un animal en voie d'accroissement, surtout si l'on tentait la greffe chez un enfant.

Un point sur lequel on ne saurait, je crois, trop insister, c'est le manuel opératoire. Le *modus faciendi* de la greffe oculaire a beaucoup varié selon les chirurgiens; mais, on peut dire que, presque primitif, il est devenu plus compliqué, et a donné, par contre, de meilleurs résultats. Avec M. Rohmer, je crois qu'on pourrait encore l'améliorer. La suture en bourse de M. Chibret nous semble mauvaise et insuffisante; le fil qui passe à travers la conjonctive ulcère la cornée facilement, d'où une augmentation des chances d'insuccès rapide. De plus, M. Chibret a eu le tort d'enlever tout le tissu cellulaire qui recouvrait la sclérotique, diminuant ainsi des chances d'adhérences cellulo-vasculaires.

Dans ma première observation, j'eus soin de laisser une assez large bande de conjonctive autour de la cornée de l'œil greffé, puis je ne dénudai pas le globe de son tissu cellulaire. Mes trois points de suture entre la conjonctive de chacun et celle du lapin furent certainement insuffisants; il se produisit un entropion de la pau-

pière inférieure, et le sphacèle de la cornée fut rapide (3e jour).

Ce procédé est donc mauvais, ou plutôt doit être perfectionné; c'est lui qui fut employé par M. Rohmer, et même il se contenta de quatre points de suture. En outre, au lieu de se servir d'une solution antiseptique d'acide borique, il utilisa le sublimé en solution au 1/2 millième. Il eut aussi un sphacèle assez rapide de la cornée au 6e jour; toutefois, il s'était fait une petite greffe du moignon, car celui-ci dut être enlevé ultérieurement.

Le procédé utilisé par M. H.-W. Bradfort me paraît de beaucoup supérieur aux précédents; en effet, il fait la suture du nerf optique, puis celle des muscles droits au tissu cellulaire sous-conjonctival, enfin celle de la conjonctive. C'est dire qu'il multiplie les points de contact, et, par suite, les éléments de succès de la greffe oculaire. Toutefois, son mode de suture des muscles au tissu cellulaire sous-conjonctival me paraît d'une application peu facile, si bien qu'une de ses sutures n'a pas pris, et a entraîné une dénudation de la sclérotique, aussi ai-jo cru devoir le modifier dans ma dernière opération.

Quant à l'usage d'albumine d'œuf pour lotionner les parties et tremper l'œil à transplanter, je ne crois pas qu'il soit utile ou plutôt nécessaire d'y recourir; à cet égard, et dans ce sens, j'aimerais mieux faire usage du sérum artificiel nouvellement préparé.

Enfin, je signalerai encore, dans la manière de faire de M. H.-W. Bradfort, le pansement iodoformé, et surtout l'occlusion prolongée du globe, qui certainement a pu jouer un rôle dans le résultat heureux obtenu par l'auteur.

Chez mon dernier opéré, m'inspirant du *modus faciendi* du chirurgien de Boston, voici comment j'ai modifié mon manuel opératoire primitif, tout en simplifiant celui du chirurgien américain.

En énucléant le globe altéré, j'ai fixé et conservé les insertions des muscles droits à leur partie antérieure, à l'aide d'anses de fil placées temporairement. J'aurais dû en faire autant pour le nerf optique, mais je n'ai pu y réussir. Puis l'œil de lapin placé dans l'orbite, j'ai suturé à la fois la conjonctive du malade, les muscles et la conjonctive du lapin; grâce à ces quatre points de suture, la mobilité de l'œil était parfaite, et les connexions dos muscles bien établies. Il manquait évidemment la suture du nerf, qui doit être tentée, ot que je ferais au catgut pour éviter de se préoccuper de retirer le nœud du fil ainsi placé.

Mais ceci fait, il me paraît utile, comme d'ailleurs à M. Rohmer, de pratiquer l'occlusion temporaire des paupières avec un ou deux fils d'argent. De cette façon, on éviterait le frottement de ces voiles sur le globe, et surtout on empêcherait l'entropion de la paupière

inférieure, entropion qui a joué un grand rôle dans les deux sutures que j'ai eues, et surtout sur le dernier.

Quelle est la valeur de la greffe oculaire? Cette question ne peut, croyons-nous, être résolue actuellement. Ce qu'on peut dire, c'est qu'elle est possible et que l'œil d'un animal peut être greffé chez l'homme. C'est déjà un résultat, qui avait semblé absolument impossible à bon nombre de chirurgiens.

Que devient cet œil? Telle est la question à résoudre par l'observation ultérieure des faits. Peut-être s'atrophie-t-il? Peut-être persiste-t-il avec ses propriétés de terrain et de transparence nécessaires pour le but qu'il se propose?

L'auteur de cette tentative hardie, effrayé par son insuccès et tenant compte des accidents douloureux qui ont pu suivre une greffe incomplète, rejette aujourd'hui toute expérimentation sur l'homme pour se borner aux animaux. Ce raisonnement me paraît étrange et inacceptable, Si la greffe manque, il suffit, comme M. Rohmer et moi nous l'avons fait, d'enlever le moignon qui reste et qui peut devenir douloureux, et provoquer des phénomènes de sympathie.

Si elle réussit, il faut observer de près l'opéré, au moins pendant quelque temps. Du reste nous ne savons rien à cet égard, et le moindre fait vaux mieux que toutes les hypothèses du monde.

Quant à l'expérimentation chez les animaux, elle me paraît des plus difficiles; la moindre opération sur les yeux, chez le chien, par exemple, ne pouvant réussir, l'animal y portant les pattes. Tous les vétérinaires savent cela, et en sont encore réduits à l'abaissement de la cataracte ou à peu près.

En résumé, malgré M. Chibret, qui brûle ce qu'il a... inventé, et tenant compte des faits observés, je conseillerais le renouvellement des tentatives de greffe oculaire, en prenant les précautions opératoires signalées plus haut; telle paraît être aussi l'opinion de M. Rohmer.

Dans ces tentatives, doit-on chercher un résultat autre que celui d'obtenir un simple effet esthétique, nous ne le croyons pas. Toutefois, M. Chilnets et, plus récemment, M. Bradfort ont pensé au rétablissement de la fonction par suite de la suture du nerf optique. Nous avouons peu croire et peu espérer de ce côté; mais, comme en bien d'autres choses, en science il ne faut jurer de rien.

Messieurs, en terminant, je vous propose de déposer le travail de M. Rohmer aux archives et de lui adresser des remerciements.

Les conclusions proposées par M. le rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Auffret (de Brest) lit un rapport intitulé : *Des accidents produits par les pétrisseuses mécaniques.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Richelot, Pozzi, Tillaux, rapporteur.

Présentation de malades.

Résection du poignet.

M. Polaillon. Le malade que je présente a été opéré par moi d'une résection du poignet droit, le 20 janvier de l'année dernière. On peut constater que le résultat de l'opération est satisfaisant. Le malade peut écrire et porter des objets lourds, tels qu'un seau plein d'eau. Tous les os du carpe ont été enlevés, à l'exception du scaphoïde; les extrémités supérieures des quatre derniers métacarpiens ont été réséquées; les os de l'avant-bras n'ont pas été touchés.

Voici, d'ailleurs, l'observation qui a été recueillie qar les soins de M. Duchon-Doris, interne du service.

Arthrites tuberculeuses du poignet droit. — Résection. — Guérison.

Antoine M..., âgé de 43 ans, menuisier, entre, le 31 décembre 1884, à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 17.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

L'affection actuelle date de vingt et un mois. Elle a débuté par des douleurs survenant pendant le travail.

Vers les mois d'avril et de mai 1884, il survint sur la main droite des abcès : l'un sur la face dorsale au niveau du deuxième métacarpien; l'autre, un peu plus en bas et en dehors, sur le tiers supérieur du quatrième métacarpien. Pendant le mois d'août de la même année, un autre abcès s'ouvrit à la face palmaire, au niveau de l'éminence thénar. Le malade est forcé de suspendre son travail qu'il avait continué jusqu'alors avec plus ou moins de peine. Ces abcès ont laissé des fistules qui se ferment et se rouvrent fréquemment.

Actuellement, Antoine M... se présente dans l'état suivant : c'est un homme maigre, affaibli, grisonnant, qui paraît beaucoup plus vieux que son âge. Depuis 1876, il porte un ulcère à la jambe. Il n'est pas rhumatisant, ni syphilitique. Il ne paraît pas alcoolique. Il tousse de

temps en temps, surtout en hiver. L'auscultation fait entendre quelques rares craquements au sommet gauche; mais ces lésions sont très légères. L'appétit est bon et les digestions se font bien.

Du côté malade, le poignet a beaucoup augmenté de volume. Le gonflement est surtout considérable dans le sens antéro-postérieur. L'articulation radio-carpienne est peu mobile et douloureuse. Les doigts ont conservé leur aspect normal et une assez grande mobilité. Le pouce, moins mobile que les autres doigts, ne peut exécuter les mouvements d'opposition. Un stylet introduit par les fistules conduit sur les os du carpe, qui sont dénudés et friables. L'exploration des os de l'avant-bras semble prouver que leurs extrémités articulaires inférieures ne sont ni déformées, ni douloureuses.

Le diagnostic porté par M. Polaillon est *ostéo-arthrite fongueuse des os du carpe, très probablement de nature tuberculeuse, avec intégrité du radius et du cubitus.*

Le malade est arrivé à un âge (43 ans) où les résections ne réussissent plus guère, surtout lorsque la constitution est délabrée et lorsque l'affection est de nature tuberculeuse; aussi M. Polaillon propose-t-il la désarticulation du poignet. Mais le malade ne se résout pas au sacrifice de sa main, et préfère courir les chances d'une résection du poignet.

Le 20 janvier, le patient étant endormi par le chloroforme, et la bande de caoutchouc étant appliquée sur le membre supérieur, trois incisions, longues chacune de 5 centimètres, sont faites sur le poignet: l'une, passant par la fistule dorsale la plus importante, commence sur le tiers moyen du deuxième métacarpien, et remonte vers le radius; les deux autres longent le bord cubital et le bord radial de la main. Les os du carpe sont alors successivement extirpés, à l'exception du scaphoïde qui paraît sain. Puis, en inclinant la main en dehors, on fait saillir par l'incision interne les extrémités supérieures des métacarpiens, qui sont réséquées avec une pince coupante. Toutes les fongosités sont enlevées avec une curette. Le métacarpien du pouce et les surfaces articulaires du radius et du cubitus ne participant pas à l'altération sont respectés.

Après l'opération, qui a été exécutée sans le spray phéniqué, M. Polaillon enlève la bande de caoutchouc; il lave abondamment la plaie opératoire avec un jet d'eau phéniquée au vingtième. Il y a un suintement sanguin abondant. Cependant il n'est pas nécessaire de faire des ligatures. Un point de suture métallique est appliqué sur chacune des incisions. Drains. Pansement de Lister. Une gouttière plâtrée, qui remonte au-dessus du coude, immobilise le poignet et les doigts qui sont placés dans une attitude un peu fléchie.

21 *janvier*. Le suintement sanguin ayant été assez abondant pour traverser les pièces du pansement, ce dernier est enlevé et remplacé par un nouveau pansement de Lister. Aucune fièvre.

24 *janvier*. Deuxième pansement avec de la poudre d'iodoforme et de la gaze iodoformée. L'état du malade est très satisfaisant.

2 *février*. Troisième pansement à l'iodoforme. La plaie est recou-

verte de bourgeons rouges de bonne nature et suppure abondamment.

9 *février*. Quatrième pansement. La gouttière plâtrée est renouvelée.

Les pansements sont ensuite renouvelés tous les cinq ou six jours. La cicatrisation fait des progrès réguliers.

14 *avril*. Il n'y a plus que des ouvertures fistuleuses au niveau de l'incision dorsale et au niveau de l'incision interne. L'opéré est envoyé à Vincennes avec un pansement ouaté.

Du 12 mai au 20 juin, nouveau séjour à l'hôpital de la Pitié. Les ouvertures fistuleuses ne sont pas encore fermées.

Du 1er juillet au 20 octobre, séjour à la Pitié. Les ouvertures fistuleuses se ferment peu à peu. Le poignet prend chaque jour plus de force.

Aujourd'hui, 2 décembre, la main se présente dans l'état suivant : elle est raccourcie ; le poignet est étroit, mais solide. Les doigts sont un peu fléchis; ils sont mobiles dans une grande étendue. Le pouce s'oppose aux autres doigts. L'opéré serre les doigts avec force. Il peut porter un seau plein d'eau. La mobilité des doigts est assez grande pour qu'il puisse écrire, ou se livrer à des travaux qui exigent une certaine délicatesse. Du reste, les mouvements des doigts gagneront encore en force, en étendue et en précision. Je m'estime donc heureux d'avoir pratiqué, un peu malgré moi, la résection plutôt que l'amputation du poignet. J'ai déjà présenté à la Société (*Bull.*, t. IX, p. 36, 1883) une malade qui avait retiré un grand bénéfice de la résection du poignet.

Dans le cours de la séance, la Société a nommé au scrutin la commission destinée à examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante : elle est composée de MM. Marc Sée, Berger et Humbert.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

P. GILLETTE.

Séance du 9 décembre 1885.

Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN, puis de M. HORTELOUP.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le fascicule onzième du tome XI de nos *Bulletins* et *Mémoires;*

3° *Contribution à la pratique des résections*, par le Dr BOUCHEZ, médecin-major des hôpitaux militaires;

4° M. le Dr DUBAR (de Lille) se porte candidat au titre de membre correspondant national, et envoie l'exposé de ses travaux et de ses titres scientifiques;

5° M. le Dr AUFFRET (de Brest) envoie une note complémentaire de son mémoire sur les *Restaurations de la face* (renvoi à la Commission).

M. TRÉLAT dépose, sur le bureau, les deux observations de *Néphrectomie* dont il a déjà donné connaissance à la Société.

J'ai communiqué, dans la séance du 29 juillet dernier, le résultat d'une opération de néphrectomie que j'avais pratiquée cinq jours auparavant. J'annonçais alors le dépôt de cette observation complète; je viens remplir aujourd'hui cet engagement; et je crois devoir joindre à ce fait de guérison une autre observation de néphrectomie que j'avais exécutée le 20 janvier et qui a été suivie de mort. Le rapprochement de ces deux faits est instructif. Je n'en présente que le résumé, et je commence par le plus ancien des deux, celui du 20 janvier 1885.

OBSERVATION I, d'après les notes de M. Poupinel, interne. — Mme Adèle, 35 ans, entre à la Charité, dans la salle Sainte-Catherine, à la fin de novembre 1884. Mariée, sans enfants, et sans antécédents dignes d'être notés.

En 1882, douleurs dans le flanc gauche; urines à dépôt purulent; aggravation des phénomènes en juillet 1882. Depuis cette époque, les phénomènes ont persisté plus ou moins prononcés. Pâleur, amaigrissement. Ces caractères sont très marqués lorsque la malade entre dans mon service. Elle rend chaque jour 1,200 à 1,380 grammes d'une urine un peu trouble, avec abondant dépôt purulent. La région rénale gauche est occupée par une tumeur verticalement allongée, mal limitée, dure, un peu irrégulière, et notablement douloureuse à la pression. Après plusieurs examens très attentifs, je porte le diagnostic : pyélo-néphrite ancienne; épaisse couche de périnéphrite; cachexie néphrétique; indication pressante de néphrectomie.

La malade est envoyée à l'hôpital Bichat, où je l'opère avec l'assistance du chef de service, M. Terrier, et celle de M. Berger. Anesthésie; précautions antiseptiques minutieuses; incision verticale au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire, depuis la douzième côte jusqu'à la crête iliaque. L'accès du rein est difficile; nous nous engageons d'abord dans l'épaisseur de la masse scléreuse, dure et épaisse, qui entoure l'organe; celui-ci est mis à nu après plusieurs tentatives. L'énucléation présente les plus grandes difficultés. Une série de poches remplies de pus se rompent successivement. Un premier essai de ligature en masse, portée sur ce que nous croyions être le pédicule, coupe le tissu rénal et détache ainsi la partie étreinte. L'énucléation est reprise, et nous constituons ainsi un pédicule, toutefois sans pouvoir voir ni distinguer les vaisseaux rénaux. Ce pédicule est étreint par une ligature de soie forte, puis sectionné. Hémorragie petite, mais persistante, dans le fond de la plaie; une pince à forcipressure l'arrête et est laissée à demeure.

Lavage de la plaie; deux gros tubes; deux points de suture profonde et trois points de suture superficielle; ouate phéniquée et Lister. Le soir, dépression très marquée; 300 grammes d'urine purulente. Le quatrième jour, ablation de la pince. Les troisième, quatrième et cinquième jours, enlèvement de toutes les sutures. La plaie n'a aucune tendance à bourgeonner. Le neuvième jour, on trouve des matières fécales dans le pansement. Il existe une fistule stercorale. Les urines ne sont plus purulentes.

Les matières fécales s'échappent irrégulièrement par la plaie. Nulle tendance à la réparation; affaissement graduel; œdème des membres inférieurs; commencement d'escarre au sacrum; de l'albumine et des traces de sucre dans l'urine. Mort le 6 février, dix-sept jours après l'opération.

L'autopsie permet de constater que le cœur est sain, les poumons exempts de tubercules, le foie très volumineux et gras, le rein droit volumineux et blanc.

Toute la partie gauche du côlon transverse et le côlon descendant sont fixés à la paroi latérale gauche de l'abdomen par des adhérences anciennes et épaisses. Tout le tissu cellulaire rétro-péritonéal du côté gauche est chroniquement enflammé, blanchâtre, dur, lardacé. Il englobe, dans une masse commune, la rate, la queue du pancréas, la face

postérieure du côlon descendant et les débris du rein gauche (siège de l'opération). C'est dans l'épaisseur de ce tissu résistant qu'a dû être pratiquée l'énucléation. Aussi celle-ci a-t-elle été incomplète; le rein a été déchiré, une notable partie de son extrémité supérieure n'a pu être enlevée. La fistule stercorale siégeait à la réunion du côlon transverse avec le côlon descendant; elle est le résultat de l'application de la pince hémostatique pendant le cours de l'opération ; l'uretère n'avait pas été lié et était béant au bas du fond de la plaie.

En somme, les circonstances m'avaient fait faire une opération trop tardive chez une malade profondément cachectisée, et le procédé opératoire ne me donnait pas satisfaction en raison de l'étroitesse et de la profondeur de la plaie.

Obs. II, d'après les notes de M. Lepage, interne. — B... (Félicité), 26 ans, entre, le 21 mai, dans mon service, salle Sainte-Catherine, à la Charité. Femme petite, de formes délicates, mais bien constituée. Rien de particulier dans les antécédents; réglée à 13 ans; mariée; deux grossesses, à 22 et à 24 ans.

A la suite de la première couche, douleurs dans le côté gauche de l'abdomen ; puis, au bout de six semaines, pertes utérines pendant quinze jours, nécessitant le séjour au lit.

Depuis trois ans, la malade a constaté dans ses urines un dépôt blanchâtre. En juillet 1884, les urines ont été teintées de sang pendant un mois. Depuis un an et demi, douleurs constantes dans le côté gauche du ventre; nécessité de garder le lit pendant six mois, d'avril à octobre 1884.

A différentes reprises, crises de douleurs pendant plusieurs heures, offrant les caractères de la colique néphrétique. Des graviers, dont quelques-uns nous ont été montrés, ont été rendus à la suite de ces crises.

Les urines recueillies régulièrement chaque jour oscillent entre un litre et demi et deux litres; elles ont une réaction acide et ne renferment ni sucre ni albumine, mais elles présentent un dépôt constant purulent peu abondant : 10 à 11 millimètres dans le fond du bocal contenant la totalité de l'urine.

A simple vue, on constate sur la malade, placée dans le décubitus dorsal, que le flanc gauche est soulevé et forme une légère saillie arrondie. Toute la région de cette saillie est le siège de douleurs sourdes continues. La palpation exagère ces douleurs et est péniblement supportée. Aussi l'examen complet a-t-il dû être fait sous le chloroforme.

La tumeur est une tumeur rénale; le palper et le toucher permettent de rejeter toute autre origine : utérus, ovaire, rate, intestin. Elle est oblongue dans le sens vertical, molle, dépressible, fluctuante, mais d'une fluctuation un peu difficile à apprécier en raison de la mollesse; présentant quelques bosselures; mate à la percussion dans toute son étendue, entourée et surmontée par la sonorité intestinale. Elle paraît avoir 15 à 16 centimètres de hauteur, sur 10 de large. Quand on appuie

sur la saillie abdominale, on détermine une saillie correspondante dans la région du rein.

Le 28 mai, on pratique dans la région rénale une ponction capillaire avec l'aspirateur Dieulafoy. Cette ponction permet de recueillir 400 grammes d'un liquide clair, jaunâtre, absolument dépourvu d'odeur. Ce liquide, soumis à l'analyse chimique et microscopique, présente les caractères incontestables d'un liquide urinaire modifié. Il contient du pus, de l'acide urique, du phosphate ammoniaco-magnésien, de la cholestérine en forte proportion, et 6gr,73 d'urée par litre de liquide. En outre, le microscope y fait voir des cellules épithéliales, granuleuses ou claires, des noyaux, des globules blancs en petit nombre, quelques globules rouges, des gouttelettes graisseuses. Des examens répétés démontrent que c'est bien un liquide urinaire.

Après la ponction, toute tumeur a disparu. Plus de résistance, plus de saillie, plus de matité; mais, deux jours après, tout était rétabli comme avant la ponction. Pour plus de sûreté, cette ponction fut renouvelée au commencement de juin et donna identiquement les mêmes résultats.

En raison des faits qui viennent d'être exposés, je diagnostiquai une hydronéphrose calculeuse, et, comme la tumeur n'avait cessé de faire des progrès depuis trois ans, qu'elle était constamment douloureuse et que l'état général de la jeune malade était d'ailleurs favorable, je pensai qu'il y avait lieu de faire, suivant le cas, soit la néphrotomie, soit la néphrectomie.

La malade fut donc envoyée dans le service de M. Terrier, où je l'opérai le 25 juillet, avec l'assistance de MM. Terrier et Richelot.

Chloroforme, antisepsie, incision de la paroi abdominale, juste en dehors du bord externe du grand droit antérieur. L'incision est un peu trop près de ce bord; le péritoine, qui y adhère, est incisé en deux points au commencement du décollement. Ces incisions, qui ont été plus tard fermées par des sutures au catgut, sont saisies et soutenues par des pinces à forcipressure. Le péritoine est décollé dans la direction de la tumeur : celle-ci est assez facilement isolée et décortiquée en bas et en dehors; la difficulté est plus grande en haut et en dedans, d'autant que plusieurs poches sont très superficielles et menacent de se rompre; l'une des plus petites s'est même ouverte pendant l'opération. Nous parvenons cependant bientôt à amener toute la tumeur à l'extérieur. La région du pédicule peut être examinée; on reconnaît facilement en bas l'uretère qui est lié et sectionné. Une grosse veine est traitée de la même façon. Le reste du pédicule, très peu volumineux, est salsi par une troisième ligature. Tout cela se fait commodément et d'une manière précise. Après section du troisième pédicule, la masse tout entière s'échappe au dehors. Pas d'écoulement sanguin. Quelques ligatures sur de petits vaisseaux de la paroi cutanée. Suture des incisions péritonéales, déjà mentionnées. Nettoyage de la cavité. Placement de deux gros tubes à drainage ; six points de suture au fil d'argent; gaze iodoformée; ouate phéniquée, matin et soir.

L'opération a duré une heure et quart.

Le rein enlevé a 22 centimètres de long, 8 centimètres en travers, 8 à 9 centimètres d'avant en arrière. La surface externe est lisse, mais bosselée par plusieurs poches fluctuantes.

Les ligatures ont été bien placées sur l'uretère, une grosse veine, l'artère rénale et deux veines.

Le tissu rénal se réduit à l'état d'une coque mince; la plus grande épaisseur ne dépasse pas un centimètre. A l'intérieur de la poche, on trouve un liquide jaunâtre parsemé de sable, et d'une trentaine de petits calculs du volume d'un grain de chènevis à un grain de millet.

En ouvrant le bout supérieur de l'uretère et le bassinet, on reconnaît à la jonction de ces deux conduits un rétrécissement serré qui règne sur une longueur de près d'un centimètre.

Je ne reproduirai pas les notes très exactes qui ont été prises jour par jour sur les suites de l'opération.

Celles-ci ont été des plus bénignes et des plus régulières. Huit jours après l'opération, la jeune malade avait le meilleur aspect. Il n'y eut qu'un petit accident sans gravité. Vers le 8 août, quinze jours après l'opération, il y eut une petite accumulation et rétention de pus à l'extrémité du tube laissé dans la plaie. M. Richelot, qui soignait alors la malade, dut même faire une petite contre-ouverture dans la région lombaire et passer un drain en anse. Ce drain ne resta en place que quelques jours, et, le 19 août, on lui substitua un tube droit sortant par l'ouverture lombaire. Celui-ci fut supprimé définitivement le 25 août.

Depuis le mois de septembre, la guérison est achevée. Les règles sont revenues régulièrement : la première fois, deux jours après l'opération; puis le 12 septembre, le 11 octobre. L'urine est claire, limpide, sans albumine, et varie d'un litre à un litre un quart. La cicatrice, très régulière et non déprimée, n'a plus qu'une longueur de 6 centimètres, moitié environ de l'incision. J'ai revu la malade à plusieurs reprises, et encore ce matin, 7 décembre. Elle a repris toutes les habitudes de sa vie et vient, sans difficulté, nous voir de la banlieue où elle habite, à la Charité.

La comparaison de ces deux faits témoigne hautement en faveur de l'opportunité opératoire. Chez ma première malade, j'avais à lutter contre la cachexie et contre les difficultés matérielles causées par les adhérences et les épaississements fibreux. Chez la seconde, il y avait des symptômes et des signes, mais point de cachexie; des lésions, mais pas de complications opératoires. La première était opérée beaucoup trop tard; la seconde en temps opportun.

La comparaison du procédé opératoire employé dans les deux cas n'est pas moins utile. Dans le second cas, l'opération a été simple, facile et sûre, bien que le rein enlevé eût 22 centimètres de long. Je sais bien que, malgré l'incision antérieure, j'aurais

eu de grosses difficultés dans le premier cas en raison des solides adhérences qui soudaient la rate, le pancréas, le colon et le rein. Néanmoins le hile de l'organe eût été plus facile à aborder, et les ligatures eussent été mieux faites.

J'éviterai, à l'avenir, d'inciser aussi près du bord externe du muscle droit; je reporterai mon incision de 15 à 20 millimètres en dehors pour éviter de blesser le péritoine qui, au niveau de ce bord externe, adhère à la paroi, mais je me garderai d'abandonner le précieux avantage de cette incision antérieure ou antéro-externe qui permet de voir le pédicule, de le manœuvrer sous l'œil, de faire une hémostase régulière et sûre, et, en somme, une opération satisfaisante.

Rapport.

M. Berger lit un rapport sur un travail de M. le Dr Segond, relatif à un cas d'*imperforation congénitale de l'hymen*.

Rapport de M. Berger.

La communication que M. le Dr Segond nous a fait d'un cas d'imperforation congénitale de l'hymen, traitée avec succès par l'évacuation rapide de la collection due à la rétention du sang catamémial et par les injections antiseptiques de la cavité, vous rappelle la discussion qui s'est élevée sur ce sujet en 1878, à l'occasion d'un rapport présenté par M. Guéniot sur des observations analogues. A cette époque, des vues divergentes furent émises par plusieurs des membres de cette assemblée, et il n'est pas sans intérêt de se demander si la pratique plus universellement adoptée depuis lors de la méthode antiseptique et l'expérience tirée des faits qui ont été récemment observés, n'ont pas fait disparaître les dissidences d'opinion qui s'étaient manifestées à cette époque.

Le fait communiqué par M. Segond est tout à l'avantage de l'évacuation rapide et de la désinfection immédiate du foyer sanguin. En voici résumés les traits principaux :

Une jeune fille de 20 ans est atteinte depuis le mois de janvier de crises douloureuses périodiques, exagérées encore par les moyens employés pour déterminer l'apparition chez elle du flux menstruel qui jusqu'alors avait fait défaut. Présentée au mois d'août à M. le Dr Segond, ce dernier constate, dans le ventre, l'existence d'une tumeur, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; en même temps il reconnaît que l'entrée du vagin est

oblitérée par une saillie violacée et fluctuante, constituée par la distension d'une membrane qni ne peut être autre chose que l'hymen imperforé. Après avoir placé la malade dans l'anesthésie chloroformique, l'auteur pratique une ponction étroite au centre de la membrane de l'hymen, et laisse le liquide dont l'accumulation constituait la tumeur s'évacuer lentement. Quand l'écoulement parait sur le point de s'arrêter, il transforme sa ponction en une incision cruciale, et il favorise l'expulsion du contenu de la poche vaginale par une compression douce et graduelle établie sur le ventre au moyen d'un bandage ouaté que l'on resserre peu à peu. Au bout d'une demi-heure l'évacuation paraissant complète, une irrigation très douce, plutôt qu'une injection, est faite par la seule pression hydrostatique, au moyen d'une solution de sublimé à 1 pour 2,000. Un tampon d'ouate phéniquée est alors placé sur la vulve. Le jour même et les suivants, les irrigations au sublimé sont continuées toutes les trois heures d'abord, puis de plus en plus espacées. Vers le cinquième jour, un peu de stomatite mercurielle se déclare : le sublimé est alors remplacé par l'alcool coupé d'eau par moitié. Dès le troisième jour également, il a fallu laisser un gros tube en verre à demeure dans le vagin pour permettre les lavages. Grâce à ces soins, la guérison est complète, en trois semaines environ, sans que la malade ait jamais eu de fièvre ; depuis lors, les époques ont apparu et se sont toujours régulièrement reproduites.

Je passe sur plusieurs détails intéressants de cette observation, entre autres, sur l'analyse chimique très complète du liquide obtenu par la ponction de l'hymen ; c'est la première fois à notre connaissance que cet examen aurait été fait ; le liquide évacué possédait la constitution du sang menstruel. La seule question qui doive m'arrêter est celle du traitement et des indications à remplir dans les cas de ce genre.

Rien n'est plus simple que le mode de traitement employé par M. Segond, rien de plus naturel en apparence que le succès qu'il a si facilement obtenu, et l'on pourrait s'étonner des craintes et des hésitations que bien des chirurgiens ont manifestées lorsqu'il s'est agi de porter la main sur de semblables tumeurs, si l'on ne savait que de tous les chapitres de cette étude, le plus important est celui des *dangers de l'opération.*

Lorsque l'on est en présence d'une tumeur volumineuse, constituée par la rétention du sang menstruel, au-dessus d'une atrésie de l'hymen ou du vagin et qu'il s'agit d'en pratiquer l'évacuation, deux manières de procéder peuvent être mises en usage ; l'une et l'autre ont leurs inconvénients et exposent plus particulièrement à tel ou tel ordre d'accidents graves.

L'évacuation rapide, obtenue en une séance par une ouverture

M. Segond est précisément de nous montrer que, dans d'autres cas tout opposés, il ne peut exister de dilatation des trompes, et que, par conséquent, le danger de rupture est tout au moins bien moindre.

En effet, l'auteur a pu, par une palpation attentive de l'abdomen, reconnaître que la poche sanguine était constituée uniquement par la dilatation du vagin et que l'utérus était supporté par elle sous forme d'une masse indurée, globuleuse, grosse comme le poing, séparée par un léger sillon de la tumeur principale à laquelle elle était surajoutée.

L'examen du vagin, pratiqué après l'opération, prouva en effet qu'il s'agissait de l'utérus soulevé, mais non dilaté ; or, sans dilatation utérine, point de dilatation tubaire, et, par conséquent, point ou peu de danger de rupture et d'épanchement sanguin intra-abdominal.

Mais, dans le cas où l'utérus est distendu par le sang des règles et où il existe en même temps une distension des trompes, peut-on faire quelque chose pour prévenir la rupture qui, dans ces conditions, est à craindre ?

Il est bien entendu qu'au cours de l'évacuation de la poche sanguine utéro-vaginale et lorsque celle-ci se sera vidée, les plus grandes précautions devront être observées pour empêcher toute secousse, tout effort brusque, toute action mécanique dont cette rupture pourrait être l'effet. M. Segond pense que la résolution chloroformique place à cet égard l'opérée dans les meilleures conditions. Même remarque avait été faite déjà par Breisky ; mais on peut se demander si l'action du chloroforme, qui se traduit si souvent chez les femmes, spécialement chez celles qui sont atteintes d'affections abdominales, par des vomissements répétés quelquefois pendant des jours entiers, ne peut devenir la cause de la complication que l'on redoute. Peut-être y aurait-il lieu d'explorer, avant l'opération, la sensibilité de la malade au chloroforme, et de s'abstenir de le donner pour l'opération qui, dans des cas simples, est peu douloureuse, s'il devait exposer l'opérée, à son réveil, soit à des accès nerveux, soit à des crises de vomissements.

Toute palpation du ventre sera sévèrement interdite au cours de l'évacuation et après elle ; on devra proscrire toute pression, toute manœuvre ayant pour but de faciliter l'écoulement du sang lorsqu'il commence à se ralentir. Pourtant on peut, comme M. Segond l'a fait, comme Hégar et Kaltenbach le recommandent, favoriser l'issue du liquide par une compression douce et graduelle, faite au moyen d'un bandage ouaté que l'on resserre peu à peu à mesure que la poche se vide.

Enfin, dans les cas où les dilatations kystiques des trompes sont

M. Segond est précisément de nous montrer que, dans d'autres cas tout opposés, il ne peut exister de dilatation des trompes, et que, par conséquent, le danger de rupture est tout au moins bien moindre.

En effet, l'auteur a pu, par une palpation attentive de l'abdomen, reconnaître que la poche sanguine était constituée uniquement par la dilatation du vagin et que l'utérus était supporté par elle sous forme d'une masse indurée, globuleuse, grosse comme le poing, séparée par un léger sillon de la tumeur principale à laquelle elle était surajoutée.

L'examen du vagin, pratiqué après l'opération, prouva en effet qu'il s'agissait de l'utérus soulevé, mais non dilaté ; or, sans dilatation utérine, point de dilatation tubaire, et, par conséquent, point ou peu de danger de rupture et d'épanchement sanguin intra-abdominal.

Mais, dans le cas où l'utérus est distendu par le sang des règles et où il existe en même temps une distension des trompes, peut-on faire quelque chose pour prévenir la rupture qui, dans ces conditions, est à craindre?

Il est bien entendu qu'au cours de l'évacuation de la poche sanguine utéro-vaginale et lorsque celle-ci se sera vidée, les plus grandes précautions devront être observées pour empêcher toute secousse, tout effort brusque, toute action mécanique dont cette rupture pourrait être l'effet. M. Segond pense que la résolution chloroformique place à cet égard l'opérée dans les meilleures conditions. Même remarque avait été faite déjà par Breisky ; mais on peut se demander si l'action du chloroforme, qui se traduit si souvent chez les femmes, spécialement chez celles qui sont atteintes d'affections abdominales, par des vomissements répétés quelquefois pendant des jours entiers, ne peut devenir la cause de la complication que l'on redoute. Peut-être y aurait-il lieu d'explorer, avant l'opération, la sensibilité de la malade au chloroforme, et de s'abstenir de le donner pour l'opération qui, dans des cas simples, est peu douloureuse, s'il devait exposer l'opérée, à son réveil, soit à des accès nerveux, soit à des crises de vomissements.

Toute palpation du ventre sera sévèrement interdite au cours de l'évacuation et après elle ; on devra proscrire toute pression, toute manœuvre ayant pour but de faciliter l'écoulement du sang lorsqu'il commence à se ralentir. Pourtant on peut, comme M. Segond l'a fait, comme Hégar et Kaltenbach le recommandent, favoriser l'issue du liquide par une compression douce et graduelle, faite au moyen d'un bandage ouaté que l'on resserre peu à peu à mesure que la poche se vide.

Enfin, dans les cas où les dilatations kystiques des trompes sont

très tendues et menacent rupture, on pourrait peut-être tenter d'en évacuer le contenu au moyen d'une ponction aspiratrice pratiquée soit par le vagin, soit par le rectum, ainsi que Kaltenbach le recommande, ou par la ponction abdominale ordinaire, préconisée de préférence par Haussmann. Aucun de ces moyens n'a, jusqu'à présent, été mis en usage.

La rupture de la trompe, et l'hémorrhagie péritonéale qui lui fait suite, ne sont, du reste, peut-être pas toujours mortelles. Voici un cas où cet accident s'était spontanément produit et où l'hématocèle péri-utérine qui en était résultée s'était circonscrite sans amener d'accidents graves. Il s'agissait d'ailleurs d'une lésion plus complexe que celle qui nous occupe : d'une rétention du sang menstruel au-dessus d'une atrésie congénitale d'une des moitiés d'un utérus bifide. La laparotomie permit de reconnaître les lésions et de pratiquer l'ablation de l'utérus et des trompes. Voici le résumé de cette observation que je n'ai trouvée mentionnée nulle part[1] :

Une jeune fille de 18 ans vint consulter l'auteur pour une affection abdominale caractérisée par des douleurs violentes, d'abord limitées aux époques menstruelles, mais qui avaient fini par devenir continues. Les règles avaient paru à l'âge de 14 ans ; elles avaient toujours été irrégulières et peu copieuses. Depuis une année environ, la malade s'était aperçue qu'elle grossissait, et une tuméfaction considérable s'était peu à peu développée à la partie inférieure de l'abdomen, avec des alternatives d'augmentation et de diminution légères.

A l'examen, on trouva dans la région hypogastrique une tumeur globuleuse, mate et fluctuante, à parois épaisses, remplissant la cavité pelvienne et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur semblait formée par l'utérus dilaté; mais, au toucher vaginal, il était impossible de reconnaître le col. La malade réclamant avec instance une opération, le 11 avril, Homans pratique une incision médiane de l'ombilic au pubis. Après avoir traversé une couche épaisse de vieux caillots sanguins, restes d'une hématocèle ancienne, on arriva sur l'utérus dilaté et adhérent aux organes voisins ; de fausses membranes infiltrées de caillots sanguins l'enveloppaient de toutes parts ; le pavillon de la trompe utérine gauche et l'aileron correspondant du ligament large étaient transformés en une poche remplie de sang grumeleux et communiquant par deux ouvertures avec la cavité péritonéale. L'utérus, du volume d'une grosse noix de coco, était distendu par une énorme quantité de sang noir liquide ; après l'avoir vidé, on le sectionna le plus bas possible, et on l'enleva, ainsi que les ovaires et les trompes.

On ne réussit pas à rétablir la perméabilité du col utérin oblitéré, et

[1] JOHN HOMANS, A case of two horned uterus (*The Lancet*, 3 novembre 1883).

l'on renonça à faire le drainage par cette voie. En dépit d'une hémorrhagie assez violente du pédicule, survenue trente-six heures après l'opération, la malade se remit rapidement, et, le treizième jour, elle quitta l'hôpital en très bon état. L'utérus enlevé était divisé par une cloison verticale et antéro-postérieure en deux cavités distinctes : celle de droite, peu développée, revêtue intérieurement d'une muqueuse normale ; celle de gauche, énormément dilatée et constituant par le fait la totalité du kyste sanguin décrit plus haut ; cette dernière mesurait 11 centimètres de hauteur. Il est évident que l'orifice cervical de l'utérus gauche était imperforé, d'où l'accumulation du sang menstruel dans sa cavité, tandis que l'utérus droit, perméable inférieurement, avait permis l'écoulement des règles. Les deux ovaires étaient normaux.

La laparatomie, suivie de la ligature et de l'excision de la trompe, reste enfin comme une dernière ressource pour les cas où la déchirure de la trompe se serait produite et où se présenteraient les signes d'un épanchement sanguin dans la cavité abdominale.

Ainsi donc, les accidents de rupture d'une dilatation tubaire que l'on peut craindre de voir se produire à la suite de l'évacuation rapide du liquide qui distend l'utérus et le vagin n'appartiennent qu'à quelques cas déterminés : on peut, dans une certaine mesure, en exclure ou en reconnaître d'avance la possibilité. On peut, par des précautions bien prises, les empêcher parfois de se produire. Enfin, quelque grave que soit la situation, s'ils viennent à faire explosion, on n'est pas absolument dépourvu de ressources, et on peut en obtenir la guérison par une détermination prompte et une intervention hardie.

Le danger qui résulte de la transformation septique de l'épanchement après l'ouverture de la poche sanguine est, au contraire, de tous les cas ; mais si l'évacuation rapide de cette cavité permet, dans de certaines limites, d'éviter cette complication et ses suites, les procédés d'évacuation lente nous laissent absolument désarmés à son endroit et à l'égard de la résorption putride qui en sera la conséquence. Ce n'est pas que l'application des principes de la méthode antiseptique soit ici facile et qu'elle n'ait pas ses périls : l'emploi des injections a été souvent accusé de provoquer la rupture des parois du foyer sanguin, et l'on conçoit que ce danger soit surtout à craindre lorsque les trompes participent à la dilatation et qu'elles communiquent avec la cavité utérine par un orifice élargi, ce qui, du reste, est assez rare. L'extrême amincissement de leurs parois peut faire qu'elles se rompent sous l'effort d'une pression relativement faible. Telle est la cause de l'opposition que, dans la discussion qui s'est élevée sur ce point en 1878, l'emploi des injections antiseptiques a rencontrée de la

part de quelques-uns de nos collègues. Aussi bien ne saurait-on trop insister sur la nécessité d'avoir recours à des irrigations plutôt qu'à des injections ; mais en établissant seulement un courant très doux, comme l'a fait M. le Dr Segond, et en ayant soin, par conséquent, de ne remettre cette partie du traitement qu'entre des mains exercées, on pourrait, j'en suis convaincu, réduire dans une notable proportion, sinon même faire disparaître les chances d'un semblable accident. Il y aurait bien encore quelques remarques à faire sur la difficulté que l'on éprouve dans le choix de la solution antiseptique à mettre en usage : l'observation présente montre que les injections au sublimé peuvent provoquer quelques phénomènes d'intoxication. A plus forte raison pourrait-il en être de même avec l'acide phénique à un degré de concentration suffisante; mais, sans être dénuée d'importance, cette considération est d'un intérêt secondaire, et il n'existe aucun parallèle à établir entre les dangers de la fermentation putride envahissant un immense foyer sanguin communiquant avec l'extérieur, et les inconvénients auxquels peut donner lieu l'absorption d'une partie de l'agent qui doit empêcher cette putréfaction de se produire.

Je me crois donc le droit de conclure, comme l'a fait M. le Dr Segond, en faveur de l'évacuation rapide de la cavité où est retenu le sang des règles, et cela d'autant plus que les procédés d'évacuation lente ne mettent même pas à l'abri de la rupture d'une dilatation concomitante des trompes : l'observation de M. Gosselin, que nous mentionnons, le prouve. Ainsi, en prenant toutes les précautions requises pour éviter de provoquer ce dernier accident, et en se tenant prêt à agir de façon à y remédier s'il venait à se produire, doit-on, avant tout, mettre la malade à l'abri de l'infection septique, et ce n'est que par l'incision large de l'hymen, l'évacuation du foyer sanguin en une seule séance, et le lavage antiseptiqne de la cavité, que l'on peut assurer ce résultat.

Discussion.

M. L. Championnière. Les cas de rétention du flux menstruel avec dilatation du vagin seul, sans dilatation de l'utérus, car souvent en effet le vagin réduit au tiers, au quart et même moins de sa longueur, ne prend que très peu de part à la production de la tumeur, sont extrêmement rares. J'ajoute qu'il doit être bien difficile de les reconnaître, l'utérus n'étant pas aisé à distinguer de l'ensemble de la tumeur sanguine.

L'opération est aujourd'hui très simple par elle-même et dans ses résultats. Il y a vingt ans elle était suivie d'accidents formidables qui se comprenaient, car en pareil cas on a affaire à un vaste foyer

sanguin tout préparé pour la putréfaction ; aussi s'est-on attaché à chercher des règles pour éviter la septicémie, et à l'heure actuelle il ne s'agit plus pour parer à tout accident que de se conformer à de simples précautions antiseptiques. Par conséquent, le danger sur lequel M. le rapporteur a appelé l'attention n'existe plus de notre temps, grâce aux conditions nouvelles du pansement. L'opération est complètement indiquée et il ne doit pas y avoir d'hésitation de la part du chirurgien si on songe aux souffrances intolérables qu'endurent les malades au moment de chaque période menstruelle. Pourquoi discuter en ce qui concerne le mode d'évacuation de la poche lentement ou rapidement ? C'est là une simple question d'ouverture et de lavage antiseptique qui rendent les matières plus fluides et favorisent l'évacuation des caillots. Je n'approuve pas les grands lavages des anciens, car les injections doivent être employées sans violence.

L'iodoforme est l'antiseptique dont je me servirais le plus volontiers en pareille circonstance. Quant à la question du chloroforme, je ne vois pas pourquoi il est si à craindre, comme le dit M. Berger, et je le crois au contraire bien indiqué : car la vulve est très sensible, et l'opération, parfois longue à terminer. Je ne trouve pas d'inconvenients, je ne vois que des avantages à anesthésier la malade. Je me rappelle deux opérations de ce genre que j'ai pratiquées. La première femme avait été opérée il y a sept ou huit ans et guérit rapidement : il manquait une assez grande longueur du vagin que j'ai refait: devenue enceinte, elle accouche sans accident, mais elle eut après quelques troubles de l'utérus. La seconde malade présenta, après l'opération, un phénomène insolite consistant en une rupture à travers de l'une des grandes lèvres : à un moment la vulve fut inondée par le liquide, couleur chocolat, qui s'était fait jour par cette fente. J'agrandis largement l'ouverture qui avait été insuffisante, je fis des lavages et la guérison eut lieu.

M. Gillette. Dans un mémoire[1] datant de 1874, j'ai étudié les accidents produits par la rétention du sang menstruel dans les organes génitaux internes à propos d'une jeune malade de M. Tillaux (service de Lariboisière), chez laquelle l'hématome utérin était si considérable qu'on l'avait accusée d'être grosse et que ses parents l'avaient chassée.

M. Puech (de Montpellier), M. E. Perrin dans les *Bulletins de la Société de médecine de Paris* (1868) ont étudié aussi la ques-

[1] De l'imperforation de l'hymen au point de vue clinique et opératoire. *Annales de Gynécologie*, mai et juillet 1874.)

tion et en ont cité un assez grand nombre de faits. Dans le mémoire que je viens de rappeler j'ai discuté l'*évacuation rapide* qui avait été employée chez la malade de M. Tillaux et que j'ai appliquée moi-même sur deux autres malades avec un excellent résultat. Cependant, par excès de prudence et redoutant un peu la rapidité de l'évacuation, je conseillai la ponction aspiratrice avec le gros trocart.

Les accidents sont surtout à craindre quand le sang remplit non seulement l'utérus, mais encore les trompes où il forme un *boudin* abdomino-iliaque que l'on sent très bien par la palpation : aussi pour éviter la rupture de la poche dans le péritoine, qui me paraît un accident rare, il faut bien se garder de malaxer la poche ou d'exercer des pressions trop violentes dans le but de favoriser l'évacuation. L'intervention par laparotomie doit donc être extrêmement rare.

L'antisepsie permet aujourd'hui d'ouvrir la poche sans redouter la septicémie, mais on ne doit pas pousser les injections trop fortement en supposant la communication des cavités tubaires avec la grande séreuse; quoique les expériences de MM. Guyon, A. Guérin et celles que j'ai faites à l'école pratique ne tendent guère à la démontrer, je rappelerai en passant l'observation fournie par Lorain d'une jeune fille affectée de simple blennorrhagie et chez laquelle une seule injection vaginale détermina la mort par péritoine.

Dans les cas, comme les précédents que j'ai signalés, où il y a simplement imperforation complète, les deux lèvres de la plaie produites par l'instrument tranchant ont grande tendance à se réunir; aussi pour éviter une nouvelle intervention on conseille avec raison de dilater, pendant quelques jours, l'ouverture artificielle à l'aide d'une grosse sonde ou de l'extrémité du doigt : je préfère faire usage, pour inciser, du thermocautère qui empêche cette réunion intempestive, et c'est la conduite que j'ai tenue chez les deux malades opérés par moi.

M. Guéniot. Dans le cas présent, la matrice n'était pas dilatée; surmontant le vagin, elle se trouvait élevée ; le fait est rare, comme on vient de le dire. J'appuie sur ce détail parce que, dans la grossesse, les ligaments utéro-sacrés subissent une distension extraordinaire pour favoriser l'élévation de l'utérus et, en raison de leur ramollissement, il peut survenir des déviations de l'organe utérin. M. Segond a-t-il vu sa malade au bout de quelque temps et le ramollissement des ligaments que je mentionne n'a-t-il pas prédisposé à une chute utérine?

M. Guéniot. Le cathétérisme utérin a-t-il été pratiqué?

M. Berger répond négativement.

M. Guéniot. Je le regrette, au point de vue scientifique, mais pratiquement j'approuve l'auteur de ne pas avoir fait ce cathétérisme, car il aurait pu ne pas être sans inconvénient pour la malade.

M. Berger. La non-participation de l'utérus, dans la formation de la tumeur observée par M. Segond, me paraît ressortir d'une manière incontestable des détails de l'observation. C'était un cas exceptionnel. Pour ce qui est des accidents que peuvent provoquer de semblables tumeurs, j'avoue que je ne suis pas aussi optimiste que M. Championnière, et qu'en ce qui concerne surtout la rupture possible des trompes distendues, il y a là une circonstance dont il faut tenir le plus grand compte. C'est surtout à cause d'elle que j'hésiterais à employer le chloroforme.

Lorsqu'il n'y a qu'imperforation de l'hymen, on peut se dispenser de l'anesthésie, mais lorsqu'on crée un vagin de toute pièce, il en est autrement et je maintiens ce que j'ai dit du danger tenant aux vomissements lorsque les trompes sont fortement dilatées. Cet accident est survenu dans une observation de M. Gosselin où il y avait dilatation tubaire énorme : une rupture dans le péritoine suivit. En pareil accident peut-être y aurait-il à songer à la laparotomie ? M. Gillette dit que cette complication n'est pas à redouter, si on évite d'exercer des pressions sur l'abdomen pour favoriser l'évacuation ; cependant, dans le cas de M. Gosselin, la rupture s'est effectuée spontanément : on avait refait 3 centimètres de vagin, le troisième jour il y eut un retrait de l'utérus et la rupture tubaire ayant eu lieu, des accidents foudroyants se manifestèrent. Pour éviter la réunion des lèvres de la plaie, M. Segond a employé l'introduction d'un tube de verre.

Les conclusions proposées par M. le rapporteur de publier en entier l'observation de M. Segond et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre titulaire sont mises aux voix et adoptées.

Note sur un cas d'imperforation congénitale de l'hymen, par M. Paul Segond.

Au mois d'août dernier, j'ai observé dans le service de mon maître, M. Guyon, que je suppléais à l'hôpital Necker, un exemple de rétention des règles par imperforation de l'hymen, qui m'a paru digne d'être soumis à l'attention de la Société. Voici le fait et les réflexions qu'il m'a suggérées :

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, blonde, lymphatique, délicate de constitution, mais bien portante au demeurant, et se plai-

gnant uniquement de ne pas avoir ses règles, d'éprouver chaque mois des douleurs vives dans le bas-ventre et de voir son abdomen prendre des proportions insolites. Les premières douleurs s'étaient manifestées, au mois de janvier 1884, assez vives pour nécessiter le repos au lit; elles avaient duré deux jours seulement. Cette première crise une fois passée, tout phénomène douloureux disparut et la jeune fille reprit ses occupations; mais, dès cette époque, le ventre lui parut plus gros que par le passé.

A partir de cette date jusqu'au jour de mon examen, c'est-à-dire pendant huit mois, des crises analogues s'étaient reproduites tous les mois avec une régularité mathématique. Chaque nouvelle crise était plus douloureuse et plus longue que la précédente, si bien qu'à la dernière, survenue le 26 juillet, les douleurs extrêmement intenses avaient persisté six jours durant. Ajoutons que ces crises s'accompagnaient invariablement d'une brusque augmentation de volume du ventre. Du reste, la santé générale n'avait que peu souffert et tout se bornait chaque mois à quelques jours de vives douleurs nécessitant le repos, mais ne s'accompagnant jamais de fièvre, de vomissements ou de tout autre phénomène morbide. Pendant les premiers mois, la mère de la malade ne s'était point inquiétée; réglée de même à 19 ans, elle se disait que sa fille devait être réglée aussi tard qu'elle; elle lui conseillait donc d'attendre avec patience de meilleurs jours, en lui affirmant qu'une menstruation prochaine mettrait fin à tous ces désordres. Toutefois, cet optimisme maternel avait dû céder devant l'intensité des dernières crises. Un pharmacien fut consulté et des médicaments divers administrés (pilules de fer, absinthe, etc.). Cette médication ayant eu pour unique résultat d'augmenter les souffrances et les règles ne paraissant toujours pas, la jeune fille me fut amenée dans les premiers jours d'août. Son récit me fit immédiatement supposer l'existence d'un obstacle anatomique au cours des règles, et je procédai séance tenante à l'examen de l'abdomen et de la vulve. Les résultats de cette exploration furent aussi nets que possible : du côté de l'abdomen la palpation faisait reconnaître l'existence d'une volumineuse tumeur ayant exactement la forme, la consistance et la situation d'un utérus gravide remontant à trois larges travers de doigt au-dessus du niveau de l'ombilic. Cette tumeur, légèrement mobile dans le sens transversal, était en tous ses points indolente à la pression. Le reste de l'abdomen était souple et non douloureux. Du côté de la vulve, on voyait entre les petites lèvres une tumeur violacée, saillante et grosse comme une mandarine. Le plus rapide examen démontrait qu'il s'agissait là d'un hymen imperforé, épaissi et fortement repoussé en avant. Enfin, détail significatif, lorsqu'on appliquait la main gauche sur

la partie supérieure de la tumeur, la percussion brusque de l'hymen, par un léger choc, faisait percevoir une sensation particulière de flot qui attestait la présence d'un liquide à l'intérieur de la tumeur. Ce flot n'avait pas la rapidité et la clarté, si je puis ainsi dire, qui le caractérisent en cas d'ascite par exemple, mais c'était une sorte d'ondulation lente des plus significatives. Dans ces conditions, le diagnostic s'imposait; il s'agissait à n'en point douter d'une rétention du flux menstruel par imperforation de l'hymen. Seul, un cloisonnement tranversal du vagin aurait pu donner le change; mais comme il n'y avait pas trace de caroncules myrtiformes au-devant de la membrane qui fermait le conduit, cette membrane ne pouvait être que l'hymen imperforé.

Le dernier point qui restât à élucider était de savoir si l'utérus et les trompes participaient à la distension. Or, voici les renseignements fournis à cet égard par la palpation méthodique de la tumeur abdominale : la consistance de la tumeur était uniforme; cependant, vers sa partie supérieure et latérale droite, elle était manifestement plus dure que dans le reste de son étendue. Il y avait là comme une tumeur surajoutée. C'était une sorte de masse indurée, globuleuse, grosse comme le poing et limitée à sa partie inféro-interne par un léger sillon oblique de haut en bas et de dedans en dehors. De plus, en appliquant la main à plat sur cette masse dure et en imprimant simultanément un choc à l'hymen, il était impossible de sentir l'ondulation que nous avons signalée et qui se laissait percevoir dans tous les autres points de la tumeur. Ces différents caractères me firent admettre que cette partie dure était l'utérus simplement hypertrophié, et que le vagin participait seul à la distension. Ce diagnostic, dont la suite devait établir la justesse, avait, au point de vue du pronostic, une importance facile à comprendre.

Un autre détail intéressant fut la constatation d'une petite tumeur sphéroïdale, dure et mobile, située au niveau de la partie moyenne du bord gauche du vagin distendu. Le volume de cette petite tumeur, sa consistance, son indépendance, la sensation douloureuse éveillée par sa compression, me firent penser qu'elle n'était autre chose que l'ovaire congestionné et faiblement augmenté de volume. Le toucher vaginal m'a démontré plus tard l'exactitude de cette opinion.

Disons pour terminer que, malgré le volume de la tumeur sanguine, les troubles fonctionnels étaient peu accusés. Dans l'intervalle des crises mensuelles, il y avait une sensation de pesanteur périnéale souvent assez gênante, mais point de douleur. Depuis deux ou trois mois, les besoins d'uriner, sans augmenter notablement de fréquence, étaient devenus plus impérieux. Enfin,

depuis trois ou quatre mois, la mietion n'était possible que dans la situation debout. Du eôté de la défécation, il n'y avait aucun trouble sérieux à relever.

Ainsi renseigné sur tous les points, je fis comprendre à la malade la nécessité d'une intervention immédiate. Nous étions à vingt jours de la crise proehaine, les douleurs de la erise réeente avaient eomplètement cessé et l'indolenee de l'abdomen était absolue. L'époque était done dos plus favorables. En peu de mots, voici comment je procédai et quelles furent les suites de mon intervention.

9 août. — Chloroforme. — Le siège est surélevé par un eoussin pour permettre de recueillir plus faeilement le liquide qui va s'éeouler. Toute la région vulvaire est soigneusement lavée avee une solution phéniquée. Ponetion étroite au centre de la saillie formée par l'hymen. Issue immédiate d'un jet de liquide épais, parfaitement homogène, inodore et couleur chocolat. Pendant l'éeoulement du liquide, eompression légère et progressive de l'abdomen à l'aide d'un bandage ouaté (ouate et ceinture de flanelle) graduellement resserré au fur et à mesure que la poehe se vide. Au bout de quinze à vingt minutes, l'éeoulement s'arrête. Incision cruciale de l'hymen. L'éeoulement reprend aussitôt; mais, la eonsistanee du liquide étant fort épaisse et la vulve ayant subi un retrait des plus remarquables aussitôt que la tension de la poehe a cessé, l'évacuation se fait toujours avee une certaine lenteur, et dix minutes au moins sont eneore néeessaires pour que la poche soit vidée.

Cette évacuation obtenue, je pratique le toueher avec une excessive prudence, dans le double but d'apprécier l'état de l'utérus et de voir si l'imperforation de l'hymen ne se eompliquait pas de quelque autre malformation.

L'index se perd, pour ainsi dire, dans les replis multiples qui ont suecédé au retrait de la poche. Les parois vaginales sont épaissies et rugueuses. En eombinant le toucher au palper abdominal pratiqué très doucement et sans déplaeer la eeinture de flanelle, je perçois très nettement, en haut et à droite, le eol utérin. L'utérus très mobile est lourd, hypertrophié et répond manifestement à la tumeur dure perçue à droite de l'ombilic avant l'opération. Son orifiee n'est pas dilaté. Le eol, très gros, est un peu mou et sa surface est comme grenue. Le diagnostic étant ainsi complété et vérifié, je procède au lavage de la poehe à l'aide de la liqueur de Van Swieten étendue d'eau (solution à 1/2000). L'irrigation est continuée jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Pendant toute la durée on veille à ee que le liquide pénètre sans la moindre violenee; il s'éeoule par la simple élévation d'un bocal de verre ap-

proprié. Afin d'éviter son accumulation dans la poche, toutes les précautions sont prises pour qu'il trouve toujours une issue facile au dehors. On a laissé la malade se réveiller dès le début des irrigations.

L'opération est terminée au bout de trois quarts d'heure. Le bandage ouaté compressif est alors assujetti de telle façon qu'il ne puisse se relâcher, un large tampon de coton hydrophile phéniqué est maintenu au-devant de la vulve, et la malade maintenue au repos le plus absolu dans le décubitus dorsal. L'interne du service, M. Launois, est obligé de sonder la malade dans l'après-midi, mais le soir même elle urine librement. Pendant les premiers jours on entretient la constipation par de faibles doses d'opium. Les quatre premiers jours, M. Launois pratique des irrigations vaginales toutes les trois heures, à raison de un à deux litres de liquide par irrigation. Malgré l'introduction fréquente de la canule de verre employée pour les lavages, l'orifice vaginale tend à se rétrécir, et chaque jour, pour en assurer la béance et faciliter les lavages, on le dilate par l'introduction de l'index. Cette manœuvre étant assez douloureuse, je laisse à demeure dès le troisième jour, à l'entrée du vagin, un tube en verre d'assez gros calibre, qui remplit le double office de drain et de dilatateur. Il est très bien toléré et sa présence n'éveille aucune douleur. Le cinquième jour, des signes manifestes de stomatite et deux vomissements obligent à suspendre l'usage de la liqueur de Van Swieten, qui est désormais remplacée par un mélange à parties égales d'alcool et d'eau. En même temps la fréquence des lavages est diminuée, on fait quatre irrigations dans la journée et une dans la nuit.

Les même soins sont continués pendant onze jours, jusqu'au 20 août par conséquent. Pendant tout ce temps, l'opérée n'a pas eu le moindre mouvement fébrile. La température s'est toujours maintenue à 37°. Une seule fois elle s'est élevée à 37°,8 le soir; mais il y a tout lieu d'attribuer cette légère élévation à la stomatite et au malaise que nous avons signalés. D'ailleurs, après quatre jours de durée, toute trace de cette intoxication passagère avait disparu.

Le suintement vaginal, peu abondant et coloré en rouge les trois premiers jours, est devenu purulent à partir du quatrième jour; mais, du 20 au 25 août, tout écoulement anormal disparut, et lorsqu'on procède aux lavages de la poche, le liquide ressort absolument limpide.

A partir de cette époque, le tube de verre n'est plus maintenu à demeure; mais, comme la cicatrisation n'est pas encore terminée, on le laisse en place une heure ou deux chaque jour. Vers la fin d'août, la cicatrisation est complète, je permets à la malade de se

lever; mais elle reste en surveillance jusqu'à la prochaine époque menstruelle, qui survient le 27 septembre. L'écoulement sanguin dure deux jours et ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux. Aussitôt après, *exeat*, avec la double prescription de faire chaque jour des injections vaginales abondantes et de porter pendant longtemps encore une ceinture hypogastrique.

Le toucher vaginal pratiqué au moment du départ fournit les renseignements suivants : le vagin a conservé des dimensions considérables et ses parois épaissies forment des replis nombreux. L'utérus, toujours un peu gros, est mobile et indolent. Il présente un léger degré de latéro-version droite. Le col est gros, non entr'ouvert et sans trace d'exulcération. En portant l'index dans le cul-de-sac vaginal gauche et en combinant à ce toucher la palpation abdominale, on sent nettement l'ovaire gauche. Il est mobile, indolent, mais toujours augmenté de volume. L'ovaire droit ne se laisse pas sentir.

Je n'ai point encore parlé du liquide extrait le jour de l'opération. Ce liquide a été analysé avec le plus grand soin par M. Leidié, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, et les résultats de cet examen ont été publiés dans tous leurs détails dans le *Journal de pharmacie et de chimie* (5e série, t. X, p. 262; octobre 1884). Je reproduirai seulement ici la note résumée que je dois à l'obligeance de M. Leidié.

« Le liquide examiné aussitôt après l'opération possède la couleur rouge noirâtre et la consistance caillebotée du sang veineux coagulé; sa réaction est à peine alcaline; il est absolument incolore, et l'on n'a pu y déceler ni ammoniaque, ni acides gras volatils, produits habituels des fermentations putrides. Il pèse $1^{kgr},560$; sa densité déterminée par la méthode du flacon est égale à 1,4, ce qui donne pour son volume 1,114.

« Quand on l'examine au microscope, après l'avoir étendu d'environ 100 volumes d'eau, pour permettre à la lumière de traverser la préparation, on observe une quantité considérable de leucocytes et de globules sanguins; mais ceux-ci sont déformés, chagrinés, crénelés sur les bords et complètement opaques; le tout nage dans un liquide coloré en jaune rougeâtre, au milieu de flocons fibrineux. On n'y aperçoit pas d'organismes inférieurs, le liquide ayant été examiné aussitôt après son extraction.

On a caractérisé dans ce liquide la présence des éléments habituels du sang, mais ayant subi pour la plupart des modifications plus ou moins profondes. Ces éléments sont les suivants :

« Une *fibrine* possédant les caractères de la fibrine concrète modifiée, c'est-à-dire de celle qui provient soit du sang veineux coagulé spontanément, soit du dédoublement de la plasmine (de Denys);

« Une matière *albuminoïde* non coagulable par la chaleur, se rapprochant par tous ses caractères des *syntonines*, c'est-à-dire de ces corps qui résultent de la transformation première et transitoire des matières albumineuses ou fibrineuses soumises à l'action des ferments solubles;

« Une *peptone*, mais en proportion aussi minime que dans le sang normal;

« L'*urée* en proportion considérable;

« La *cholestérine;*

« Des *matières grasses,* liquides à la température ordinaire;

« Des *sels*, de même nature et en mêmes proportions (à part le fer) que ceux du sang normal.

« On n'y a trouvé ni glucose, ni acides biliaires, ni matières colorantes de la bile.

« L'*hémoglobine* n'y existe plus, elle a été complètement dédoublée en matières albuminoïdes et en hématine; la présence de cette dernière substance et ses caractères, ainsi que l'absence d'hémoglobine, ont été constatées par les raies d'absorption qu'ils présentent quand on les examine au spectroscope. Il a été impossible d'isoler les globules altérés dans un état de pureté qui permît d'en prendre le poids. Les proportions pondérales de ces divers éléments, rapportées à 1,000 grammes de liquide, figurent dans le tableau suivant :

Eau	808.80
Fibrine concrète modifiée	5.65
Matière albuminoïde	15.700
Urée	3.02
Cholestérine. Matières grasses. Matières extractives indéterminées	3.70
Chlorures alcalins (calculés en NaCl)	3.30
Carbonates alcalins (calculés en $NaO.CO^2$)	2.23
Fer	2.60
Phosphates et sulfates alcalins calculés par différence	1.40
Pertes dues à l'hématine et aux globules perdus dans la séparation et le dosage de la fibrine	12.30
Total	1,000.00

« La composition de ce liquide se rapproche donc beaucoup de celle du sang menstruel, qui, toujours chargé de sérosité, ren-

ferme plus d'eau que le sang artériel ou veineux. La matière albuminoïde n'est pas en proportion exagérée, car elle est la somme de la sérine du sang et de la globuline provenant des globules détruits. Quant à la fibrine et au fer, dont les quantités dépassent de beaucoup la normale, on peut supposer qu'étant insolubles, fibrine coagulée et globules détruits se sont accumulés dans cette cavité, d'où les autres éléments solubles pouvaient être éliminés peu à peu. Enfin, l'absence des produits de putréfaction n'a rien qui doive surprendre, le liquide ayant toujours été renfermé dans une cavité à l'abri des germes de l'air. »

Cette observation est assurément un bel exemple de rétention du flux menstruel par imperforation de l'hymen; elle pourrait servir de type à la description des symptômes qui sont liés à cette variété d'aménorrhée : occlusion du vagin par un hymen épaissi n'offrant pas trace d'orifice et réalisant au plus haut chef le *impediuntur purgatio, coitus et conceptio* des anciens auteurs; absence de toute manifestation morbide jusqu'au premier éveil de la fonction menstruelle; à cette époque précise, apparition brusque des troubles fonctionnels, révélateurs habituels de la menstruation, et cependant absence complète d'écoulement sanguin. Après cette première alerte, retour à la santé; puis, chaque mois, avec une ponctualité significative, nouvelle crise générale et locale, chaque fois accompagnée de l'augmentation brusque d'une tumeur née avec les premières douleurs et située derrière le pubis. Enfin, grâce à ces poussées mensuelles, grâce à cet accroissement par saccades périodiques, développement considérable de la tumeur, dont les limites supérieures arrivent au bout de quelques mois à dépasser le niveau de l'ombilic. Rien de plus net que cette succession de symptômes, mais ce sont là des faits cliniques bien connus et, disons-le, assez fréquemment observés.

Il est, à la vérité, des chirurgiens de grande et longue expérience qui n'ont point rencontré des cas analogues, Marion Sims est du nombre; mais des statistiques individuelles ne sauraient en pareille matière fixer notre jugement. Des exemples d'aménorrhée par imperforation de l'hymen sont en réalité nombreux dans la science. Dans son travail sur l'atrésie des voies génitales de la femme, publié en 1864, Puech en a réuni 150 exemples et, depuis lors, plusieurs observations nouvelles sont venues grossir le dossier de cette malformation. Sans parler des principaux traités de gynécologie, qui presque tous contiennent au moins la mention de quelque cas inédit, je citerai, parmi les publications spéciales les plus utiles à consulter au point de vue de la comparaison des faits, le travail de Puech (*loc. cit.*), la clinique du professeur Gosselin (*Clin. chir.*, 3[e] édit., t. III, p. 1), les thèses de Bonnecaze (*Traite-*

ment chirurgical des imperforations congénitales du vagin; Paris, 1872), de Gueretin (*Étude sur l'imperforation de l'hymen;* Paris, 1873), de Delaunay (*Étude sur le cloisonnement transversal du vagin;* Paris, 1877); les revues publiées dans les *Annales de gynécologie* par Gillette en 1874 et par Puech en 1878; le rapport de M. Guéniot sur un travail manuscrit du Dr H. Boëm, intitulé : *Cloisonnement transversal du vagin* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1878, t. IV, p. 509); enfin, parmi les observations les plus récentes, je signalerai les quatre cas d'imperforation de l'hymen publiés par Jackson dans le *British med. journal* de 1883 (p. 1283) et par Lawrence et Biggs dans le même journal en 1884 (p. 855 et 901), et un cas analogue communiqué par F. Thompson, le 2 mai 1884, à la Société obstétricale et gynécologique de Washington.

En se reportant à ces diverses sources, on peut rapidement compulser un nombre important de faits et constater qu'ils sont presque tous semblables au nôtre comme marche et comme symptômes, dans leurs premières phases tout au moins. Aussi bien n'est-ce pas à ce point de vue que mon observation m'a paru digne d'attention. Son intérêt réside surtout dans la nature des désordres anatomiques provoqués par l'accumulation du sang des règles, dans la possibilité de leur diagnostic avant toute opération, et dans le mode d'intervention qui m'a permis d'obtenir la guérison.

Chez notre malade, la tumeur sanguine était considérable, puisqu'elle dépassait en haut le niveau de l'ombilic, et cependant le vagin seul était dilaté. L'utérus, ayant à lutter chaque mois contre la résistance créée par la répétition et l'occlusion vaginale, s'était à la vérité hypertrophié, mais il n'était point encore dilaté. Quant aux trompes, *a fortiori* n'étaient-elles point distendues. Cette participation exclusive du vagin à la distension est de la plus haute importance à constater, et il serait très utile de savoir dans quelle proportion un tel état de choses peut être observé lorsque l'hymen imperforé met seul obstacle à l'écoulement des règles. Malheureusement, cette proportion ne saurait être évaluée d'une manière précise: car en lisant la plupart des cas publiés, il est impossible le plus souvent de savoir dans quelle mesure réciproque l'utérus et le vagin participent à la distension. *A priori*, on peut avancer que la distension de l'utérus doit être d'autant plus tardive que l'obstacle au cours des règles occupe un niveau plus inférieur du conduit vaginal; mais, je le répète, les documents sont à cet égard peu nombreux. Il est cependant une impression générale qui résulte de la lecture des auteurs : c'est que la distension utérine, avec toutes ses conséquences, est à peu près fatale lorsque la tumeur a pris un développement tel qu'elle dépasse le niveau de l'ombilic. Or, le fait que j'ai observé vient à l'encontre de cette manière de voir. Il

démontre en effet que, dans certains cas tout au moins, la seule distension vaginale peut suffire à la formation d'une tumeur sanguine des plus volumineuses. Il établit en même temps que, chez certaines malades, l'absence de distension utérine peut être reconnue avant toute intervention. En général, on n'insiste pas suffisamment sur la nécessité et la possibilité de ce diagnostic, dont la valeur pronostique est cependant indiscutable.

Le dernier point qui me semble digne de quelques développements a trait, comme je l'ai dit plus haut, au mode d'intervention que j'ai adopté. Incision cruciale de l'hymen, évacuation de la tumeur sanguine en une seule séance, lavages antiseptiques abondants et répétés, compression modérée de l'abdomen pendant et après l'évacuation, telle est, en peu de mots, la conduite à laquelle je me suis ralliée. Or, cette manière d'agir n'est pas en tous points conforme aux préceptes classiques et, partant, je suis tenu de la justifier.

Je ne rappellerai que pour mémoire le conseil autrefois donné de confier à l'éventualité d'une rupture spontanée l'évacuation du sang et la guérison des malades. Les cas de cure spontanée sont trop rares et trop graves les périls de l'expectation pour qu'il soit nécessaire de discuter longuement. Lorsqu'une imperforation de l'hymen met obstacle à l'écoulement du sang menstruel, l'indication d'une intervention opératoire est aujourd'hui formelle pour tous les chirurgiens. Mais, comment et dans quelles conditions faut-il intervenir? L'acte chirurgical en lui-même est sans danger, mais les suites en sont périlleuses et maintes fois l'évacuation de ces volumineux hématomes a provoqué des accidents mortels. La question est donc moins simple à résoudre qu'elle ne le semble de prime abord et les meilleurs esprits l'ont diversement jugée. Ces divergences portent d'une part sur le procédé opératoire auquel il convient de recourir pour perforer l'hymen en évitant sûrement la reproduction ultérieure de la malformation et d'autre part sur le mode d'évacuation offrant les garanties les plus sûres contre les accidents consécutifs. On sait que dans les cas malheureux, les causes de mort sur lesquelles on a le plus insisté sont : 1° les accidents septiques dus au contact de l'air avec le contenu de l'hématome ; 2° la péritonite par pénétration du sang dans l'intérieur du péritoine.

Lorsque la distension porte uniquement sur le vagin sans atteindre l'utérus ou les trompes, rien n'est plus simple. Les accidents septiques sont les seuls que l'on ait à craindre, et l'opération la meilleure sera celle qui permettra l'évacuation totale et antiseptique de la poche. Mais, lorsque la distension a gagné la matrice ou les oviductes, la situation est plus complexe, l'éventualité d'une péri-

tonite par effraction du sang dans le péritoine se présente et c'est pour la prévenir que plusieurs chirurgiens se sont élevés contre l'évacuation immédiate par large ouverture de l'hymen. D'une part, a-t-on dit, l'issue trop rapide du liquide peut susciter une contraction soudaine de la matrice et le reflux du sang par les trompes. D'autre part, le retrait trop brusque de la poche peut entraîner la rupture des adhérences qui trop souvent se forment entre l'utérus ou les annexes et les autres organes abdominaux. Les déchirures qui en résultent ont parfois une extrême gravité, elles peuvent en effet porter sur les parois mêmes des trompes dilatées et permettre au sang que renferment ces dernières de s'épancher dans la séreuse. Ce mécanisme a été mis en lumière par M. Gosselin à propos d'un cas d'imperforation vaginale qu'il a observé à l'époque où M. Lannelongue était son interne. L'autopsie fut très démonstrative : les trompes étaient distendues et déchirées en plusieurs points et ces ruptures partielles étaient évidemment dues aux tiraillements provoqués par le brusque retrait de la poche.

Ces considérations n'ont pas seulement conduit au rejet des opérations rapides, elles ont en outre fait proscrire les lavages de la poche et la compression de l'abdomen pendant ou après l'opération. Les premiers ont été accusés de favoriser le reflux intra-péritonéal du sang ou du liquide injecté et la dernière considérée comme susceptible par sa trop grande énergie ou par son intermittence de permettre soit la rupture des adhérences, soit des appels d'air dans l'intérieur de la poche. C'est ainsi que sont nés tous ces procédés d'évacuation lente, progressive ou par temps successifs. On a tour à tour conseillé de donner issue au liquide soit par étroite incision de l'hymen, soit par ponction à l'aide d'un fin trocart muni d'une baudruche, soit par l'introduction d'un drain, soit encore par la mise à demeure d'une sonde en gomme suffisamment garnie pour obturer complètement son orifice de pénétration. Avec ces procédés, on attend patiemment, plusieurs jours s'il le faut, l'évacuation totale de la poche. Lorsque ce résultat est obtenu, on termine l'opération en agrandissant définitivement l'ouverture de l'hymen et quelques injections détersives sont au besoin pratiquées.

Dans ces divers procédés d'évacuation lente avec proscription des injections antiseptiques, on néglige complètement les périls d'ordre septique pour ne parer qu'aux dangers mécaniques de l'intervention. Or, s'il est exact que des succès ont été obtenus de la sorte, il faut aussi prendre en considération des revers que personne ne conteste et, tout compte fait, on est conduit à penser que les méthodes lentes doivent céder le pas aux méthodes plus ra-

pides et franchement antiseptiques; et cela pour cette raison très décisive que la septicémie par évacuation incomplète d'un vaste foyer sanguin mis en communication plus ou moins directe avec l'air extérieur est dans l'espèce un ennemi plus redoutable que la péritonite par pénétration mécanique du sang dans la séreuse. Je suis loin de dénier à cette dernière complication le caractère menaçant que des observations concluantes mettent en pleine lumière, mais la distension tubaire est la condition *sine qua non* de sa production ; elle est donc à redouter *dans certains cas* seulement tandis que la septicémie constitue un danger *constant* dont la crainte doit en conséquence dominer toujours la nature de l'intervention.

Dans le but de parer aussi bien aux périls d'ordre mécanique qu'aux dangers d'ordre septique, quelques chirurgiens ont proposé de mettre à profit les avantages des instruments aspirateurs et de faire l'opération en deux temps. Dans un premier temps, évacuer partiellement la poche par une ponction aspiratrice, puis, attendre quelques jours, revenir au besoin à la ponction, et, par une dernière intervention, inciser largement l'hymen. M. Gillette (*loc. cit.*, p. 43) a préconisé l'un des premiers cette manière de faire en s'appuyant sur un cas de guérison ainsi obtenu par le Dr Vidal (de Grasse) en 1871. Bœckel a guéri une malade dans les mêmes conditions. Cette méthode paraît offrir une assez grande sécurité, mais elle n'évite pas toujours les accidents. Dans un cas de Hope cité par Puech (*Ann. de Gynec.*, 1878, p. 130), il survint, après deux ponctions faites à quatre jours d'intervalle, des symptômes de fièvre et d'inflammation, si bien « que neuf jours après la première ponction, l'hymen était encore plus tendu et fournit seize onces de liquide fétide ». Aussi Puech arrive-t-il à conclure que la ponction aspiratrice ne présente aucun avantage sérieux sur les méthodes rivales. Peut-être ce jugement est-il trop sévère et dans les cas très graves, lorsque la distension de l'utérus et des trompes expose aux dangers que nous avons rappelés, il est sans doute prudent de recourir tout d'abord à la ponction aspiratrice, mais c'est à la condition expresse de saisir les premiers indices d'une altération quelconque du contenu de la poche et de procéder aussitôt à une intervention plus radicale et surtout plus antiseptique.

En tous cas, on n'aurait garde de suivre le conseil de Routh, qui en 1868, est venu recommander à la Société obstétricale de Londres, « la ponction rectale dans l'imperforation de l'hymen, sous le prétexte que par cette voie, l'introduction de l'air est plus sûrement évitée ». Le raisonnement est pour le moins bizarre et si l'on optait pour la ponction aspiratrice préliminaire dans un cas d'im-

perforation de l'hymen, on devrait évidemment enfoncer le trocart au centre de l'hymen et nulle part ailleurs.

Mais, je le répète, la ponction aspiratrice préliminaire n'est à mon avis qu'une mesure d'exception dont le degré réel d'opportunité ne saurait être tranché que par des observations ultérieures et, dans la très grande majorité des cas, la conduite que j'ai suivie, c'est-à-dire l'évacuation en une seule séance avec lavages antiseptiques immédiats et consécutifs me paraît être la meilleure et la plus recommandable.

D'une part, elle assure aussi parfaitement que possible l'asepsie du foyer opératoire et d'autre part elle est à peu près innocente des méfaits dont on l'accuse.

Elle favorise, dit-on, le reflux du sang par les trompes. Il me semble au contraire que cet accident a d'autant moins de chance de se produire que l'issue inférieure à la sortie du liquide est plus large et, de ce chef, l'évacuation par large incision de l'hymen me paraît offrir tous les avantages. — L'influence d'une évacuation par large ouverture de l'hymen sur la rupture des adhérences et la déchirure des trompes dilatées est une objection plus sérieuse, mais elle n'est pas à l'abri de toute critique. Il faut bien savoir en effet que même avec une incision de l'hymen aussi large que possible l'évacuation est loin d'être brusque et cela pour deux raisons. La première tient à la consistance habituelle du liquide épanché qui se prête mal à un écoulement trop rapide et la deuxième vient de ce que la brèche faite à l'hymen distendu prend spontanément des dimensions beaucoup plus petites dès que l'écoulement du sang a diminué la tension de la poche. Dans le fait que j'ai observé, ce retrait s'est montré très accusé. D'autres observateurs l'ont aussi noté, et, dans une lecture faite à la Société de médecine de Paris, en mars 1866, M. Perrin a bien montré l'instantanéité avec laquelle les différentes parties de la vulve reprenaient leur forme régulière dans les cas de ce genre. Ainsi, consistance du liquide d'une part et d'autre part, retrait brusque de la vulve dès que la tension a cessé, voilà deux circonstances qui donnent forcément à l'écoulement du liquide une certaine lenteur. Cette lenteur sera bien plus grande encore si l'on prend la précaution de ponctionner d'abord l'hymen et de n'agrandir l'incision qu'après évacuation de la plus grande partie du liquide. En procédant ainsi, il m'a fallu trente minutes environ pour évacuer la poche et dans ces conditions, j'ai peine à croire que l'évacuation en une seule séance expose plus à la rupture des adhérences que les autres méthodes. Dans les cas anciens, graves et compliqués, cette manœuvre pourra sans doute provoquer l'accident redouté ; mais, lorsque la distension des organes génitaux atteint un certain degré ; lorsque les

trompes sont assez distendues, assez amincies pour céder sous la moindre traction comme dans le fait de M. Gosselin, je ne pense pas que la ponction aspiratrice ou tout autre procédé puisse éviter sûrement les ruptures ou les déchirures. Ces cas resteront toujours graves, quel que soit l'acte opératoire, et ne sauraient faire rejeter l'évacuation en une seule séance comme méthode générale de traitement.

A leur tour, les lavages antiseptiques bien faits me semblent exempts de tout inconvénient. En procédant avec prudence, en assurant un facile écoulement au liquide injecté, en le faisant pénétrer sans violence, on évite son accumulation dans la poche et la crainte de le voir refluer dans la séreuse devient dès lors problématique. Quant aux avantages que présentent les irrigations antiseptiques de ces vastes foyers, ils sont évidents et l'indication d'y recourir aussitôt après l'évacuation du foyer me paraît formelle.

Ces irrigations constituent en effet notre arme la plus sûre contre les septicémies foudroyantes qui amènent la mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures, quelquefois. M. Verneuil l'a nettement proclamé en 1878 (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. IV, p. 515) et pour lui, « les injections réglées, réitérées, surtout antiseptiques employées, comme on le fait dans les rétentions suites de fausses couches, paraissent avoir une supériorité sur toute autre méthode ».

Enfin, la compression abdominale que plusieurs chirurgiens ont repoussée pour les raisons précédemment indiquées me paraît au contraire un auxiliaire précieux à la condition d'être à la fois modérée, progressive et continue. Je m'explique : Au moment où l'hymen vient d'être incisé et pendant que le contenu de l'hématome s'écoule au dehors, il est évident que toute manœuvre brutale, que toute malaxation de la poche doit être proscrite sous peine de favoriser les déchirures ou les ruptures que l'on redoute. Mais, lorsqu'on prend le soin de placer une épaisse couche d'ouate sur l'abdomen et de comprimer à l'aide d'une ceinture de flanelle que l'on resserre lentement au fur et à mesure que le liquide s'écoule, on se place à mon avis dans les meilleures conditions pour accompagner la poche dans son retrait, pour éviter les déchirures et même pour s'opposer au reflux intrapéritonéal du sang tout en favorisant son issue par la brèche que l'on vient de créer.

En somme, l'évacuation en une seule séance, les irrigations antiseptiques et la compression abdominale prudemment appliquée n'ont à mon sens que des avantages et rien ne me semble légitimer l'ostracisme dont on les a frappés. On pourrait, il est vrai, m'objecter qu'une seule observation est un mince effectif pour

défendre ces assertions, mais le soin que j'ai mis à étudier les autres faits publiés, aussi bien que leur similitude habituelle, me préserveront, je l'espère, de cette critique et laisseront à mes arguments la valeur que je crois pouvoir leur accorder.

Pour faciliter le retrait de l'utérus lorsqu'il participe à la distension, on peut avec avantage recourir à l'administration du seigle ergoté. M. Verneuil (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1863, p. 275) a depuis longtemps préconisé l'usage de ce médicament dans les cas de ce genre « afin d'entretenir dans la paroi utérine distendue, un certain degré de contraction qui, s'ajoutant à l'élasticité de l'organe, empêche la cavité de rester béante, après l'évacuation du contenu. J'ai mis, disait-il, ce moyen en usage il y a trois ans avec le plus grand succès et je continue à le croire utile. Il suffit de le continuer vingt-quatre ou quarante-huit heures et dans ce laps de temps, il suffit en tout d'un gramme de seigle ». Bien entendu, l'administration du seigle doit suivre l'évacuation du sang et le conseil donné par Marion Sims de donner ce médicament avant d'intervenir doit être absolument repoussé. En agissant ainsi, on se mettrait en effet dans les meilleures conditions possibles, pour provoquer le reflux intrapéritonéal du sang.

Il me reste à dire quel est le mode d'incision auquel il convient de recourir pour donner issue au liquide et quels sont les moyens d'éviter sûrement la reproduction ultérieure de l'obstacle. Je serai bref sur ces deux questions importantes, il est vrai, mais en réalité fort simples à juger. L'incision de l'hymen suivant son grand axe antéro-postérieur est insuffisante, plusieurs observations en témoignent. L'incision cruciale de la membrane réunit à bon droit la majorité des suffrages. L'excision simple des quatre lambeaux qui résultent de l'incision en croix, l'excision suivie de la suture des lèvres des bords cruentés (Bœckel), la résection totale et circulaire de la membrane compliquent l'opération sans avantage sérieux. Je le répète, à moins que l'hymen ne soit considérablement épaissi, l'incision cruciale pure et simple suffit amplement. La seule précaution à prendre est de suivre l'ancien précepte de Dupuytren et de prolonger la branche antéro-postérieure de l'incision assez loin vers la fourchette pour que toute stagnation du liquide au point déclive soit impossible.

Quant à la béance consécutive de l'ouverture, on évitera de la maintenir par l'introduction de mèches ou de bougies laissées à demeure. On favoriserait ainsi la stagnation des liquides. L'introduction quotidienne d'une bougie dilatatrice ou plus simplement de l'index comme l'ont conseillé M. Verneuil et M. Tillaux, constitue un procédé simple et efficace. Cependant comme il est urgent d'éviter toute stagnation dans la poche, le moyen que j'ai employé me

semble encore préférable. Chez mon opérée, la tendance au retrait de l'orifice était très accusée et l'introduction du doigt assez douloureuse. Ces deux circonstances jointes au désir formel de créer un drainage permanent de la poche, m'ont engagé à laisser à demeure pendant plusieurs jours un tube en verre de la grosseur du petit doigt. Ce tube que j'enlevais uniquement au moment des irrigations assurait à la fois la béance de l'orifice et le libre écoulement du liquide, il était enfin toléré sans le moindre inconvénient.

Les développements qui précèdent peuvent se résumer de la manière suivante :

I. Dans l'étude de la rétention des règles par imperforation de l'hymen, il faut distinguer nettement *les cas où la dilatation porte sur le vagin seulement*, des cas où l'utérus et les trompes participent à la distension. Ce diagnostic très important au point de vue du pronostic peut être fait dans certains cas, par la palpation abdominale avant toute intervention.

II. *La seule distension vaginale* suffit à la formation de tumeurs *très volumineuses* et la poche sanguine peut s'élever au-dessus du niveau de l'ombilic sans que l'utérus soit nécessairement dilaté.

III. Lorsque l'hymen imperforé met obstacle au cours des règles, *l'intervention chirurgicale est de rigueur* et l'on doit y recourir de préférence *pendant la période intermenstruelle* à une époque aussi rapprochée que possible de la dernière poussée cataméniale.

IV. Le plus souvent, on a tout avantage à évacuer la collection sanguine en un seul temps, et l'on doit procéder de la manière suivante : *Ponction* étroite de l'hymen. Pendant que le liquide s'écoule, *compression* modérée, progressive et continue de l'abdomen à l'aide d'un bandage ouaté que l'on resserre graduellement au fur et à mesure que la poche se vide. (Hegar et Kaltenbach ont récemment insisté sur les avantages de cette compression.) Dès que l'écoulement spontané du liquide tend à s'arrêter, *agrandissement de la ponction* de l'hymen par une incision cruciale de cette membrane. Lorsque l'écoulement a définitivement cessé, *irrigations antiseptiques* prolongées jusqu'à ce que le liquide ressorte à peu près clair. Ce lavage de la poche sera fait avec douceur et prudence en veillant toujours à ce que la sortie du liquide se fasse librement et parallèlement à sa pénétration. Toute manœuvre ayant pour but de *dissocier les caillots* qui pourraient se trouver à l'intérieur de la poche sera *sévèrement proscrite*. Du reste, l'existence de caillots est tout à fait exceptionnelle dans les épanchements de cette nature. Dans le fait que j'ai observé, j'ai employé *une solution de deutochlorure de mercure à* 1/2 000 et les propriétés antiseptiques

de ce liquide sont bien faites pour *encourager son emploi* dans les cas analogues. Cependant, l'étendue de la poche, les anfractuosités résultent de son retrait et la grande quantité de liquide nécessaire sont autant de facteurs favorables aux accidents *d'intoxication ;* il est bon de le savoir. On devra donc établir une surveillance attentive et se tenir prêt à remplacer, au moment opportun, la liqueur de Van Swieten par *un autre liquide antiseptique* (alcool ou solution phéniquée).

V. L'*anesthésie* n'est pas indispensable pour les opérations de cette nature, mais il est préférable d'y recourir.

VI. Des *soins consécutifs* ont une grande part dans le succès de l'intervention. Pendant les cinq ou six premiers jours, les *irrigations antiseptiques* seront pratiquées *toutes les trois heures.* Au bout de ce temps, on pourra *diminuer la fréquence des irrigations* et plus tard, les caractères de l'écoulement seront le meilleur guide pour décider l'instant où les irrigations antiseptiques devront céder le pas aux *injections de propreté. La mise en demeure d'un tube en verre* dans l'orifice hyménal pendant les premiers jours est un procédé simple d'éviter la reproduction de l'imperforation et d'assurer l'écoulement des liquides. L'*introduction quotidienne de l'index* suffit ensuite pour maintenir la béance de l'orifice. Quel que soit le procédé employé, la perméabilité de cet orifice doit être l'objet d'une surveillance attentive non seulement jusqu'à la cicatrisation de la plaie, mais aussi dans les mois qui suivent et d'une manière générale jusqu'à l'époque où l'exercice régulier des fonctions sexuelles viendra mettre obstacle à toute rétraction cicatricielle. Dans l'intervalle des irrigations, il faut maintenir au devant de la vulve un *tampon de ouate hydrophile et antiseptique* qui puisse absorber les liquides qui suintent de la poche et s'opposer à la pénétration de l'air. Durant la première semaine, il est bon d'administrer l'*opium à l'intérieur*. Pendant dix jours au moins, la malade doit être maintenue dans le *décubitus dorsal.* Il est même prudent d'exiger *le repos au lit jusqu'à la prochaine apparition des règles* et pour les mois qui suivent, il faut prescrire l'usage d'une *ceinture hypogastrique,* afin de parer autant que possible aux déviations utérines que favorisent évidemment les déformations anatomiques provoquées par l'accumulation du sang. Lorsque l'utérus est dilaté, on se trouvera bien de suivre l'exemple de M. Verneuil et de donner le *seigle ergoté à petites doses répétées pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'opération.*

VII. Lorsque la tumeur hématique offre des dimensions considérables, lorsque les antécédents, la date du début des accidents

et la palpation abdominale font redouter l'existence d'adhérences péritonéales ou la participation notable de l'utérus et des trompes à la distension, il est prudent de faire l'opération en deux temps et de faire précéder l'incision cruciale par une ou plusieurs ponctions aspiratrices. Mais il faut bien savoir que cette manœuvre n'a pas l'innocuité absolue qu'on lui a prêtée, et, même dans les conditions précitées, la ponction aspiratrice ne peut être conseillée qu'à la condition expresse de surveiller attentivement les malades et de saisir les moindres indices de réaction inflammatoire, pour procéder aussitôt à l'évacuation totale et antiseptique de la poche sanguine, d'après les règles précédemment exposées. Dans les cas exceptionnels et graves, la conduite la plus sûre serait même à mon avis de ne pas se fier aux garanties trompeuses de la ponction aspiratrice, de lui préférer une incision simple de l'hymen, de maintenir un pansement aussi antiseptique que possible au devant de la vulve, et d'attendre, à moins d'indication pressante, le cinquième jour pour commencer les irrigations antiseptiques. Cette manière de faire a été formellement préconisée par M. Lucas Championnière et par M. Guéniot. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* 1878, t. IV, p. 515, 517.)

Rapport.

M. Berger lit un second rapport sur une observation présentée par M. Kirmisson et intitulée : *Plaie de la région dorsale de la moelle par un instrument tranchant, etc.*

J'aurais quelques objections à faire au titre même de l'observation si intéressante que vous a lue M. le Dr Kirmisson dans une des dernières séances, s'il n'avait eu soin de les prévenir en en faisant lui-même la critique. L'examen des phénomènes observés sur son malade prouve en effet qu'il ne s'agit pas d'une plaie de la moelle, mais d'une plaie du rachis avec compression de la moelle par le fragment d'une lame de couteau qui était resté implanté entre les 7e et 8e vertèbres dorsales, rétrécissait le canal vertébral et refoulait probablement la moelle du côté opposé : d'où une paralysie motrice immédiate des deux membres inférieurs, et une paralysie de la sensibilité portant principalement sur le côté correspondant à la lésion, la sensibilité se trouvant seulement diminuée dans le membre opposé.

Tous ces troubles, de même que la paralysie de la vessie et du rectum, ayant commencé à s'amender peu de jours après l'extraction du corps étranger heureusement pratiquée par M. Kirmisson,

et étant arrivés au bout de quelques mois à un état d'amélioration qui était presque une guérison, il nous paraît impossible d'admettre qu'il y ait eu une section, même partielle, de cette partie du centre nerveux; et nous pensons avec le présentateur qu'il n'y a eu là qu'un refoulement de la moelle, compliqué d'un certain degré d'attrition de sa substance par le dos du couteau dont le tranchant, fort heureusement, se trouvait dirigé en dehors. Mais cette attrition a laissé à sa suite une sclérose qui, malgré la diminution de la paralysie, détermine encore des troubles permanents de la motilité, et quelque beau, quelque rare que soit le succès opératoire auquel ce blessé doit la conservation de l'existence, il est peu probable qu'il revienne jamais à un état physiologique parfait.

Cette observation mérite d'autant plus de figurer dans nos bulletins que les plaies de la moelle par instruments piquants et tranchants à la région dorsale sont très rares. Les auteurs de chirurgie insistent avec raison sur les causes anatomiques qui s'opposent à la pénétration d'un instrument vulnérant dans le canal vertébral en cet endroit. Aussi M. Kirmisson a-t-il jugé opportun de joindre au cas qui lui est propre l'analyse d'un fait emprunté à Müller, en 1871[1], et dans lequel une lame de couteau avait pénétré dans le rachis et s'y était brisée : dans ce cas le blessé succomba et l'on trouva à l'autopsie, une hémisection de la moelle.

Nous pourrions à cet exemple ajouter quelques autres antérieurement publiés, et l'un plus récent, le seul que l'on ait observé dans la guerre de sécession. La pièce qui en provient est actuellement déposée au musée militaire de Washington (nº 1160) et elle montre encore la lame du couteau implanté dans le canal vertébral, au niveau de la 5e vertèbre. Il y avait eu paralysie complète immédiate, et quoique l'observation soit muette sur ce point, probablement une section presque complète de la moelle. Des eschares s'étaient rapidement produites en tous les points du corps sur lesquels reposait le malade : cette complication n'eut pas le temps de se produire chez le blessé soigné par M. Kirmisson, mais elle était imminente, et des troubles trophiques multiples, hydarthroses, érythèmes, phlyctènes, apparurent hâtivement en diverses régions des membres inférieurs : le retour des fonctions de la moelle empêcha probablement seul l'aggravation de ces désordres.

Il me semble plus intéressant de rappeler ici un autre cas, peut-être le seul avec celui de M. Kirmisson, où un instrument piquant ait traversé le canal rachidien sans blesser la moelle. Le fait est, je le crois, assez ignoré, et le dessin qui figure la lésion n'est guère

[1] *Beiträge zur pathologischen Anatomie und Physiologie des menschlichen Rückenmarks*, Leipzig, 1871.

connu que de ceux qui traversent les annexes du musée Orfila. Il représente une vertèbre dorsale percée d'outre en outre par la lame d'un long stylet, brisé au niveau des lames, passant au travers du canal rachidien, immédiatement en dedans de l'apophyse articulaire supérieure gauche de la 8e vertèbre dorsale, traversant de part en part le corps vertébral pour faire saillir sa pointe à plus de 6 centimètres de sa face antérieure. Le cadre qui l'enferme porte l'annotation suivante que je reproduis :

« Pièce de conviction : affaire d'Ell. Encide Severino, réfugié espagnol, en 1840.

« Huitième vertèbre dorsale, traversée par la lame d'un couteau qui a traversé l'aorte à sa partie moyenne à quatre centimètres au-dessous de sa crosse : *pas de lésion de la moelle ;* mort, deux heures après l'introduction de la lame. »

Les remarques qui précèdent ne s'appliquent, bien entendu, qu'aux blessures du rachis par coups de couteau. Les blessures par projectiles, bien plus nombreuses, ne s'accompagnent pas non plus fatalement de lésion de la moelle, même quand le canal rachidien est intéressé ; Otis évalue à 71 0/0, pour les cas suivis de mort, la relation des blessures de la moelle aux fractures de la colonne vertébrale par coups de feu. Mais la considération de ces faits nous entraînerait trop loin de l'observation qui fait l'objet de ce rapport, et dont, comme conclusion, je vous demande l'insertion dans nos bulletins.

Les conclusions de M. le Rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Plaie de la région dorsale de la moelle par instrument tranchant. — Extraction d'un fragment de lame de couteau de 6 centimètres de longueur profondément enfoncé entre la 7e et la 8e vertèbre dorsale.— Guérison, par E. Kirmisson.

Le nommé D..., âgé de 29 ans, est frappé dans l'après-midi du 9 octobre 1884, par un épileptique pris subitement d'un accès de folie furieuse. Le coup a été porté avec un couteau pointu à lame triangulaire, qui a pénétré un peu obliquement vers le milieu du dos au moment où la victime se baissait pour se réfugier sous une table. L'arme s'est brisée dans la plaie, et un fragment de lame mesurant 5 à 6 centimètres, au dire des témoins de l'accident, est resté enfoui dans sa profondeur. Le malade s'est immédiatement affaissé sans pouvoir se relever, et il a été transporté à la Pitié dans le service de M. Verneuil, que nous avions alors l'honneur de suppléer. Nous le voyons le lendemain matin dans l'état suivant :

La plaie répond à la partie latérale droite de la colonne vertébrale, au niveau de l'articulation de la 7e et de la 8e vertèbre dorsale. Longue

de 2 centimètres environ, elle se dirige obliquement de haut en bas et de dehors en dedans ; de sorte que, distante de la crête épinière de 3 centimètres à son extrémité supérieure, elle s'en rapproche inférieurement et n'en est plus éloignée que de 2 centimètres.

L'extraction du corps étranger est immédiatement entreprise, après chloroformisation. La plaie est débridée par en haut et par en bas, de sorte qu'elle atteint, dans ce dernier sens, la ligne des apophyses épineuses. Un doigt introduit dans sa profondeur reconnaît une boutonnière musculaire faite par l'instrument tranchant, et qui est, à son tour, débridée à l'aide du thermocautère. Il est alors possible de sentir avec la pulpe du doigt, immédiatement au devant des lames vertébrales, mais ne les dépassant que de 2 à 3 millimètres, la surface de section de la lame de couteau brisée dans la plaie. J'essaie d'abord de saisir avec un davier la partie saillante de la lame, les mors du davier étant appliqués sur chacune de ses faces; mais le davier glisse à plusieurs reprises. Je tente alors de saisir la lame, non plus suivant ses faces, mais suivant ses bords ; mais la lame est si rapprochée de la base des apophyses épineuses qu'il n'existe plus entre elle et ces apophyses un espace suffisant pour y loger l'un des mors du davier; aussi la manœuvre est-elle rendue très difficile. Pour me donner du jour, je fais sur les parties molles un nouveau débridement vertical au niveau de la ligne des apophyses épineuses, et venant rencontrer à angle aigu la première incision. J'obtiens ainsi un lambeau triangulaire qui, relevé, permet de mettre à nu les apophyses épineuses de la 7e et de la 8e vertèbre dorsale. Ces deux apophyses sont réséquées ; il est alors plus facile de saisir par ses bords le fragment de lame, et de lui imprimer de légers mouvements de latéralité pour dégager sa pointe. Il est si solidement implanté que, pendant les efforts de traction, le thorax du malade tout entier est soulevé ; à plusieurs reprises, le davier glisse sur la lame. Il est évident toutefois que l'on gagne quelque chose; car la partie saillante devient un peu plus considérable. Enfin, dans un dernier effort de traction, la lame étant saisie, non plus suivant ses bords, mais suivant ses faces, et prenant point d'appui sur la lame vertébrale sous-jacente, de manière à exercer une sorte de mouvement de bascule, le corps étranger est extrait. La brisure de la lame est obliquement dirigée, de telle sorte que le fragment resté dans la plaie mesure 6 centimètres du côté du tranchant, et 6 centimètres 1/2 du côté du dos. C'est la partie dorsale de l'instrument qui était dirigée vers la ligne médiane. Il est évident, d'après la longueur du corps étranger que celui-ci a dû traverser toute la largeur du canal vertébral, le corps vertébral en totalité, et même dépasser en avant celui-ci par sa pointe. — Il ne s'est pas produit d'hémorrhagie au moment de l'extraction du corps étranger. La plaie lavée avec l'eau phéniquée a été laissée ouverte, et recouverte d'un pansement de Lister.

L'examen des troubles fonctionnels, pratiqué avant l'opération, a donné les résultats suivants :

Motilité. — Les membres inférieurs sont, tous les deux, dans la résolution complète ; le malade est incapable de leur imprimer le plus petit

mouvement. Les différents segments du membre sont dans l'extension, sans contracture, soit passagère, soit permanente.

Sensibilité. — Sur toute l'étendue du membre inférieur droit, jusqu'au niveau de la crête iliaque, les différents modes de sensibilité au tact, à la douleur et à la température, sont complètement abolis. On constate également une abolition complète du sens musculaire; le malade n'a aucune notion des diverses positions dans lesquelles le membre est successivement placé.

Sur le membre inférieur gauche, la sensibilité au contact est conservée; le malade peut même indiquer la nature du corps tangible, lorsqu'il s'agit d'un objet pointu, comme une épingle; la détermination est moins précise pour les corps présentant une large surface, qui ne donnent parfois que la sensation d'un souffle sur la partie touchée. La sensibilité à la douleur est très affaiblie, sinon complètement abolie. Quant à la sensibilité à la température, elle est tout à fait pervertie, le malade déclarant froid ce qui est chaud, et inversement. Le sens musculaire est intact, et le malade a nettement conscience des déplacements imprimés au membre.

Le scrotum et les téguments de la verge ont conservé la sensibilité au contact.

Une large zone d'hyperesthésie en ceinture s'étend de la région intéressée par la blessure, par en bas jusqu'à 3 centimètres au-dessus de la crête iliaque, en haut, jusqu'aux épaules.

Des deux côtés, le réflexe rotulien est tout à fait aboli. La flexion brusque du pied sur la jambe ne détermine également aucun mouvement réflexe. Par contre, le réflexe plantaire est conservé à droite et à gauche, et une irritation légère des téguments de la face interne de la cuisse détermine la rétraction testiculaire. Le malade reste absolument étranger aux mouvements réflexes provoqués dans le membre inférieur droit; il perçoit, au contraire, mais sans pouvoir les modifier, les déplacements que ces mêmes mouvements impriment au membre opposé.

Les pupilles sont égales, normalement mobiles et faiblement dilatées.

Il y a une rétention complète d'urine. Le cathétérisme doit être pratiqué. Il permet de constater une anesthésie absolue des muqueuses vésicale et uréthrale, et donne issue à 700 grammes d'urine limpide, acide, renfermant des traces d'albumine et pas de sucre.

Le 10 octobre, soir, jour de l'extraction du corps étranger, la température axillaire est à 37°,8; le pouls à 70; on compte 22 respirations par minute. Le malade accuse de la céphalalgie; il a eu quelques vomissements qu'on doit imputer sans doute au chloroforme.

11 *octobre*, matin. T. 38°; P. 76; R. 20. Aucune modification ne s'est produite dans les différents troubles de la motilité, de la sensibilité et des mouvements réflexes; mais, depuis la veille, des troubles trophiques se sont manifestés. Un épanchement articulaire très notable s'est produit dans les deux genoux. Des plaques érythémateuses de la largeur d'une pièce de 2 francs existent au devant des rotules; enfin, deux phlyctènes se sont produites, l'une au côté interne de l'articula-

tion métatarso-phalangienne du gros orteil droit; l'autre, sur le bord interne du gros orteil gauche.

La langue est humide; il y a de la constipation; émission inconsciente de gaz. Les urines de la veille sont demeurées acides, tout en se troublant fortement et en donnant lieu à un dépôt comparable à du café au lait, formé de fibrine englobant quelques leucocytes. Demi-érection dont le malade n'a pas conscience.

12 *octobre*. Les phénomènes sont les mêmes; toutefois l'insensibilité au tact, à la douleur et à la température remonte maintenant jusqu'à l'ombilic du côté droit. Les réflexes sont plus accentués que la veille, des deux côtés. L'hyperesthésie est très sensiblement affaiblie. Les plaques érythémateuses ont légèrement augmenté d'étendue. Les pupilles deviennent un peu inégales, la gauche étant plus dilatée que la droite. Les urines retirées par le cathétérisme sont toujours limpides et acides. Un purgatif détermine des garde-robes dont le malade n'a pas conscience.

13 *octobre*. La sensibilité à la douleur est plus marquée du côté gauche que les jours précédents. Les plaques érythémateuses des genoux sont devenues phlycténoïdes.

14 *octobre*. Dilatation pupillaire toujours plus marquée à gauche. Dans la nuit, est survenue pour la première fois l'incontinence d'urine et des matières fécales. On note une amélioration très marquée daus les phlyctènes du pied et dans les plaques érythémateuses des genoux. Diminution très notable de l'hydarthrose, devenue à peine appréciable à droite.

18 *octobre*. La douleur est nettement perçue maintenant du côté gauche.

20 *octobre*. Des phlyctènes sont apparues au côté externe des extrémités des cinq orteils du pied gauche, et sur le bord externe du même pied.

21 *octobre*. Réapparition de la miction volontaire.

23 *octobre*. La sensibilité commence à reparaître du côté droit; la sensibilité au contact est très nette au niveau de la fosse iliaque et à la cuisse, moins nette à la jambe, très évidente au pied. Quant à la sensibilité à la douleur, les piqûres sont bien senties à la fosse iliaque et à la cuisse, assez bien à la jambe, et bien au pied. La sensibilité à la température est toujours pervertie. Du côté gauche, l'examen de la sensibilité fournit toujours les mêmes résultats. Les plaques érythémateuses des genoux sont en voie de disparition. Persistance d'une légère hydarthrose et des cinq phlyctènes des orteils du pied gauche.

26 *octobre*. Les phlyctènes de la face externe des deux genoux et du pied droit ont complètement disparu, en faisant place à des taches brunâtres. Les phlyctènes des orteils et de la face externe du pied gauche sont dans le même état. Réapparition du sens musculaire à droite. La contractilité électrique est conservée des deux côtés, mais plus faible à droite.

27 *octobre*. On note pour la première fois des traces de contraction volontaire des muscles de la cuisse gauche, du couturier en particu-

lier, mais impuissante à imprimer des mouvements au membre. La sensibilité au contact et à la douleur est revenue dans les deux membres, mais un peu plus paresseuse à droite. Il n'y a plus d'hydarthrose à gauche ; encore des traces d'épanchement dans le genou droit.

29 *octobre*. La sensibilité à la température a reparu des deux côtés ; la température est aussi bien appréciée à droite qu'à gauche, lorsqu'elle est très élevée.

2 *novembre*. La contraction des muscles fléchisseurs et extenseurs du pied gauche est possible, lorsque le membre est soulevé et que le talon est détaché du lit ; mais le malade se fatigue vite et ne peut répéter plus de deux ou trois fois de suite le même mouvement. A droite, il n'y a de mouvements volontaires d'aucune sorte ; retard de la sensibilité de ce côté. Les réflexes rotuliens sont toujours abolis ; amyotrophie, surtout marquée du côté droit et au niveau du triceps crural.

4 *novembre*. Retour des mouvements volontaires assez manifeste à gauche ; à droite, tout mouvement est impossible. Quand on insiste pour engager le malade à mouvoir ce membre, ce n'est pas le côté droit, mais bien le gauche qu'il remue.

7 *novembre*. Le malade peut soulever complètement la jambe gauche au-dessus du plan du lit.

8 *novembre*. On note à droite quelques mouvements volontaires du triceps et du couturier, mais ces muscles se fatiguent vite. Le malade peut imprimer de légers mouvements au bout du pied.

25 *novembre*. *Côté gauche*. La motilité est revenue dans tout le membre inférieur, mais encore peu énergique et s'épuisant rapidement. La contractilité électro-musculaire est notablement plus faible qu'à l'état normal ; mais très nette avec des courants de moyenne intensité. La sensibilité au tact, à la douleur et à la température est complètement rétablie. On note même une hyperesthésie légère des téguments de la jambe.

Côté droit. La motilité tend à reparaître dans la cuisse ; avec un effort de volonté, le malade réussit à imprimer aux muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse une légère contraction, appréciable à la vue et au toucher, mais encore impuissante à soulever le membre. La contractilité électro-musculaire est beaucoup plus faible qu'à gauche. Les sensibilités au tact et à la douleur redeviennent normales, bien que leur transmission soit un peu plus lente. La sensibilité est même exagérée à la jambe, particulièrement à son côté interne. Les sensations thermiques peuvent être maintenant distinguées ; quelquefois cependant elles sont encore confondues, surtout si elles se succèdent trop rapidement. Quelques fourmillements dans le pied.

Les réflexes plantaire et testiculaire sont toujours très énergiques. Réflexes rotuliens toujours abolis. L'hydarthrose n'est plus appréciable. On note la persistance de taches roussâtres à la place des phlyctènes du genou. Ulcération des phlyctènes des orteils et du pied.

5 *décembre*. *Côté gauche*. Les mouvements volontaires redeviennent énergiques. Avec la jambe gauche, le malade soulève la jambe droite

paralysée. Sensibilité normale; les plaies des orteils sont en voie de cicatrisation.

Côté droit. La motilité s'accuse de plus en plus à la cuisse que le malade réussit à soulever avec un effort de volonté, mais sans pouvoir la replacer dans l'extension. La jambe est toujours complètement paralysée du mouvement, et reste assez notablement atrophiée. La contractilité électro-musculaire s'accentue. La sensibilité a complètement reparu; elle est même exagérée à la partie interne de la jambe. Réflexes plantaires très exagérés.

12 *décembre. Côté gauche.* Motilité; sensibilité et réflexes normaux; plaies à peu près cicatrisées.

Côté droit. Le malade fléchit facilement la cuisse sur le bassin; mais il ne peut l'étendre. Les mouvements de la jambe sont toujours paralysés, ainsi que ceux du pied. Sensibilité rétablie dans tous ses modes. Hyperesthésie persistante des téguments internes de la jambe. Fourmillements et picotements dans le pied; réflexes plantaires exagérés.

A la fin de décembre, d'après une note très détaillée que je dois à l'obligeance de M. Valude, interne du service, l'état du malade est le suivant :

Douleurs vives, brûlantes, sous la plante du pied droit. Depuis le 1er décembre, la douleur est localisée au bord interne de la plante du pied, et, à ce niveau, on sent par la palpation une nodosité sous-cutanée. Quand on découvre le malade, on voit que la jambe gauche est dans la rectitude, tandis que la jambe droite est fléchie. Au dire du malade, elle garde toujours cette attitude, et le membre se fléchit malgré sa volonté. De plus, cette jambe est sans cesse agitée de soubresauts. La jambe gauche est plus tranquille, mais elle est aussi le siège de quelques chatouillements, surtout marqués au pied et à l'extrémité des orteils. Quand on engage le malade à soulever le membre inférieur droit au-dessus du plan du lit, à peine le mouvement est-il commencé que la jambe se fléchit tout d'un coup sur la cuisse, comme par un brusque mouvement de détente. Le malade ne peut ensuite l'étendre qu'avec le secours des mains.

Les divers modes de sensibilité sont rétablis aussi bien à droite qu'à gauche. Il y a même un peu d'hyperesthésie à droite, à la face interne de la jambe et à la face plantaire du pied. La jambe droite est immédiatement prise de soubresauts, dès qu'elle est découverte, sous l'influence de l'impression du froid. Le seul point où la sensibilité soit diminuée, c'est la région du flanc droit et la partie supérieure et interne de la cuisse. En ce point, la sensibilité au contact est affaiblie; la sensibilité thermique abolie; le malade y ressent quelques picotements.

Les réflexes ont tous reparu, y compris le réflexe rotulien; mais il y a un retard notable dans sa transmission. Le réflexe plantaire est exagéré à droite; sous son influence, la jambe droite se place brusquement dans la flexion par une sorte de mouvement de ressort ou de détente.

Les troubles trophiques sont considérablement atténués. Il n'y a plus d'hydarthrose; des taches pigmentées marquent la place des ecchymo-

ses antérieures. On peut regarder comme trouble trophique cette nodosité sous-cutanée du pied droit, qui est l'origine des douleurs spontanées. Il y a encore un degré marqué d'atrophie musculaire, surtout à droite.

L'état général est très bon ; les fonctions s'accomplissent régulièrement. La plaie est presque entièrement cicatrisée.

Depuis lors, j'ai pu revoir le malade un certain nombre de fois :

Le 13 janvier 1885, je note la cicatrisation complète de la plaie. La contracture du membre inférieur droit a diminué ; le malade peut étendre suffisamment ce membre pour se tenir debout et faire quelques pas en s'appuyant sur le bras d'un aide. A partir de ce moment, les progrès vont en s'accentuant chaque jour, et lorsque le malade quitte l'hôpital, vers le milieu d'avril, il commence à pouvoir marcher seul avec des béquilles.

Le 21 avril, il se plaint d'avoir eu, ces jours derniers, quelques douleurs en ceinture ; le membre inférieur gauche est redevenu presque normal ; le membre inférieur droit est resté faible ; il présente toujours de la contracture et des tremblements fibrillaires. Le malade commence à remuer le premier et le deuxième orteil du pied droit ; ce qu'il n'avait pu faire jusqu'à ce jour. Il existe un peu de constipation ; rien du côté des organes urinaires.

Le 26 mai, la contracture du membre inférieur droit persiste à peu près au même degré ; un peu de dyspepsie, constipation, urines normales. Le malade se plaint que ses jambes enflent un peu le soir ; surtout la droite.

Enfin, le 5 septembre dernier, j'ai pu constater que le malade a fait de grands progrès : il marche assez aisément maintenant à l'aide de béquilles. Il peut monter et descendre seul les escaliers, ce qu'il n'avait pu faire jusqu'ici. Il existe toujours à droite de la contracture et des tremblements fibrillaires qui gênent beaucoup le malade, au moment où il se met debout. Il est obligé, avant de se mettre en marche, d'attendre quelques instants que ces spasmes musculaires soient calmés, et qu'il puisse appuyer solidement sur le pied droit. Pendant la marche, la faiblesse et la contracture du même membre, le gênent beaucoup. Il marche un peu en fauchant et en projetant le pied droit à la façon d'un ataxique. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés ; la sensibilité est toujours très atténuée à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, et dans la fosse iliaque du même côté. Urines normales ; il y a toujours de la constipation.

Discussion.

M. Gillette a observé à Bicêtre, il y a 4 ans, un homme qui avait reçu un grand nombre de coups de couteau, dont l'un dans la région rachidienne dorsale du côté droit, il y eut hémi-section de la moelle épinière, hémiplégie, puis paraplégie, eschares, trouble

trophique et le malade finit par guérir assez impotent. M. Gillette communiquera cette observation à la Société.

Communication.

M. TERRILLON fait une communication sur les *récidives des kystes de l'ovaire*.

J'ai présenté devant la Société de chirurgie dans le courant de l'année 1885, un mémoire sur les récidives des kystes de l'ovaire.

Dans ce travail, j'avais rapporté une observation personnelle dans laquelle, chez une malade guérie depuis un an, à la suite de l'ablation d'un kyste multiloculaire très simple en apparence, il y avait eu récidive dans la cicatrice et mort consécutive, par généralisation.

J'avais, à ce propos, réuni la plupart des cas publiés ayant trait au même mode de généralisation.

Ces recherches m'avaient permis d'esquisser un travail d'ensemble sur un sujet intéressant, mais sans arriver encore à des conclusions rigoureuses.

Une nouvelle occasion m'est offerte de porter cette question devant la Société.

Une malade, à laquelle j'avais enlevé un kyste ovarique multiloculaire, il y a trois ans, à la Salpêtrière, et que j'ai opérée, une seconde fois en octobre 1883, pour un kyste de l'autre ovaire a présenté un exemple de cette récidive ou propagation.

Elle s'était développée dans la cicatrice de la première opération.

J'ai cru cette observation assez intéressante, à plusieurs titres, pour être rapportée ici avec quelques détails et la faire suivre de quelques commentaires.

Kyste multiloculaire gélatineux de l'ovaire droit chez une femme de 56 ans. — Ovariotomie. — Guérison (2 septembre 1882). *— Récidive après un an dans l'ovaire gauche, kyste semblable. — Rupture dans l'abdomen. — Greffe du kyste dans la cicatrice abdominale. — Guérison* (octobre 1885).

Marie V..., femme M..., âgée de 55 ans, a eu deux grossesses anormales il y a vingt ans environ. Elle entre une première fois à la Salpêtrière le 20 août 1883.

En janvier 1883 elle s'aperçut après quelques petites douleurs abdominales de l'existence d'une tumeur.

En mai elle eut une métrorrhagie avec développement rapide du ventre depuis cette époque.

On trouve à la palpation une tumeur lisse régulièrement arrondie remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Fluctuation vague.

L'utérus est peu mobile, abaissé et dans les culs-de-sac droit et gauche ; on sent une masse difficile à limiter.

La malade a beaucoup maigri. Le teint est pâle et blême ; elle se plaint de dyspnée ; cependant on ne trouve rien dans le poumon.

25 *juillet* 1883. Ponction exploratrice qui ne nous donne que quelques gouttes d'une substance gélatineuse incolore et transparente.

Ovariotomie le 1er août 1883. Incision verticale de vingt centimètres, on arrive aisément sur le kyste que l'on est obligé d'extraire avec précaution ; néanmoins il se rompt en arrière et son contenu gélatineux se répand dans le petit bassin.

L'ouverture de la ponction n'est pas oblitérée.

La face antérieure adhère à la paroi abdominale, mais on la détache facilement.

Deux autres adhérences existent avec l'intestin grêle rouge et tomenteux. L'une d'elles résistante saigne après la rupture et nécessite une ligature au catgut.

Essentiellement multiloculaire et à contenu gélatineux, le kyste est extrait sans difficulté après avoir été sectionné avec des ciseaux.

Vidé à la main, il avait ainsi perdu la plus grande partie de son volume; cependant un des kystes postérieurs se rompt dans le péritoine.

Le pédicule est large et mince; deux ligatures suffisent. L'ovaire gauche est sain.

Toilette soigneuse du péritoine : les lèvres de la plaie touchées légèrement à l'acide phénique sont réunies avec des fils d'argent.

L'opération a duré quarante-cinq minutes.

Le kyste pesait 7kg,450 en estimant le poids du liquide gélatineux à 7 kilogrammes. Il était constitué par des poches à parois très minces, sans épaississement notables et sans végétation.

Dans les jours suivants, pas d'accidents, le septième jour on enlève les fils, la malade se lève bientôt et quitte l'hôpital le 27 août.

En décembre 1883, elle va bien, elle a présenté pendant un mois environ quelques petites métrorrhagies qui n'ont plus reparu.

Au mois d'octobre 1884, la malade s'aperçoit que son ventre grossit de nouveau : elle éprouve des douleurs vives dans les reins et les aines. Celles-ci augmentent par la marche. Petit à petit le volume du ventre augmente et la malade recommence à maigrir.

En même temps, une tumeur, d'abord grosse comme une petite noix, se développe dans la partie profonde de la cicatrice, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

M. Terrier, qui avait reçu cette malade dans son service, à l'hôpital Bichat, eut la complaisance de me la renvoyer à la Salpêtrière.

Lorsqu'elle entre le 8 octobre 1885, elle est extrêmement pâle et maigre.

Le ventre est tendu, pointe en avant, et mesure 110 centimètres de circonférence.

La matite remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic. Les intestins paraissent refoulés en haut et à droite, surtout en arrière.

On ne sent point de fluctuation nette, mais un flot avec tremblotement très manifeste.

L'ancienne cicatrice n'est pas très distendue, mais on trouve à son niveau, au-dessous de l'ombilic, une masse, de la grosseur d'un œuf de poule, sous-cutanée. Cette petite masse est légèrement bosselée.

L'utérus est petit, libre, et on ne trouve rien dans les culs-de-sac.

La malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner, de pesanteur du côté du fondement et de difficulté du côté des garde-robes.

La respiration est gênée et pénible. Il existe un léger œdème des jambes.

Le 10 octobre, deux ponctions exploratrices, sur la ligne médiane, ne donnent qu'une petite quantité de liquide gélatineux très épais.

A la suite de la ponction, la malade ne présente rien de spécial.

Opération le 20 octobre, avec le concours de MM. Monod, Schwartz, Lebileau. Incision très étendue, allant jusqu'au voisinage de l'appendice syphoïde, dans une paroi très amincie et très près de la cicatrice.

La section passe à travers la petite tumeur signalée sur la ligne de l'ancienne cicatrice.

Cette tumeur est constituée par un grand nombre de petits kystes à paroi fibreuse et contenant du liquide gélatineux transparent.

En arrivant dans la cavité péritonéale, on trouve quelques adhérences molles au niveau des ponctions, et du côté droit une assez grande quantité de substance gélatineuse épanchée dans le péritoine avant l'opération.

Une ponction avec le gros trocart ne donnant aucun liquide, la partie antérieure du kyste est largement fendue, et la masse gélatineuse est en partie extraite avec la main.

Après avoir ainsi diminué un peu le volume de la tumeur, je constate, dans les flancs droit et gauche, l'épanchement d'une grande quantité de substance analogue, transparente ou légèrement colorée en rose, qui vient d'une rupture postérieure du kyste en partie ancienne et en partie produite pendant l'opération.

En effet, l'aspect tomenteux, rougeâtre des intestins et de la paroi abdominale, ainsi que l'adhérence intime de cette substance gélatineuse à ces parties, indique qu'une partie de l'épanchement avait dû se produire quelque temps avant l'opération.

On trouve, en outre, un grand nombre de petits kystes gélatineux plus ou moins pédiculés, et appendus à la surface du péritoine pariétal et même des intestins.

Deux brides péritonéales et épiploïques sont sectionnées entre deux

ligatures, et, après quelques tentatives, la masse est extraite de l'abdomen.

On sectionne le pédicule, large et aplati, après avoir placé deux ligatures en chaîne, occupant la place de l'ovaire gauche.

Utérus normal, quoique un peu gros; on voit du côté droit la cicatrice de la première opération.

Il fallut près d'une demi-heure pour enlever la masse gélatineuse contenue dans l'abdomen et dans le petit bassin.

Lorsque le nettoyage parut complet, toutes les surfaces furent lavées légèrement avec une solution phéniquée et les parois abdominales rapprochées avec douze sutures profondes et cinq superficielles.

L'opération avait duré une heure dix minutes.

La partie de la tumeur enlevée ne présentait presque pas de parties solides; on n'y trouvait que des loges limitées par des cloisons très minces et contenant du liquide gélatineux. Aucune trace de végétation n'existait dans les loges ni à la surface.

Après l'opération la malade va bien; elle n'a pas eu d'élévation de température, et, sauf quelques troubles stomacaux et digestifs, elle n'a rien présenté de spécial jusqu'au 1er novembre. A partir de cette époque, elle dépérit et ne mange plus.

Des vomissements surviennent et aussi de la diarrhée. La malade meurt le 20 novembre.

Autopsie. — Péritonite purulente chronique.

Cette observation est complexe et plusieurs points importants mériteraient d'être discutés avec soin; mais je n'insisterai que sur le fait le plus intéressant et qui est l'objet principal de ma communication, c'est la récidive à distance du kyste ovarique.

Un résumé succinct fera mieux saisir ce côté intéressant.

Un kyste multiloculaire gélatineux, à parois minces, sans végétation apparente, est enlevé en 1883 (sept.). Le pédicule, long et mince, est abandonné dans l'abdomen. L'autre ovaire paraissant sain n'est pas enlevé.

Un an après la guérison de cette opération, la malade constate qu'une petite grosseur, dure, se développe dans la cicatrice abdominale, au-dessous de l'ombilic.

Quelque temps après, le ventre augmente de nouveau, et bientôt apparaissent tous les signes indiquant le développement d'un autre kyste ovarique, probablement aux dépens de l'ovaire laissé dans l'abdomen.

Une seconde opération est pratiquée en octobre 1885. Un kyste volumineux, rompu dans l'abdomen est enlevé; il a la même apparence et les mêmes caractères que le premier; multiloculaire à parois minces, sans végétation et cadence gélatineuse. Pendant cette opération, j'enlève la tumeur de la cicatrice, indépendante du péritoine.

Celle-ci présente à l'œil nu la même apparence que les kystes ovariques, elle est constituée par des petits kystes contenant un liquide filant, gélatineux. Son volume est égal à celui d'un œuf de poule.

Elle s'était développée dans l'épaisseur de la cicatrice dont elle avait dissocié les paquets fibreux, et présentait les mêmes caractères histologiques que les kystes ovariques. Il s'agissait donc bien, dans ce cas, d'une récidive à distance des tumeurs kystiques avec les caractères de la tumeur primitive.

La généralisation n'était pas douteuse et elle était même plus complète du côté de l'abdomen, puisqu'on avait trouvé pendant la seconde opération une multitude de petits kystes adhérents au péritoine et parsemant sa surface. Ces kystes pédiculés, pour la plupart, avaient une paroi mince et contenaient du liquide gélatineux, ordinairement limpide.

Il est probable que la rupture du premier kyste pendant l'opération avait été la cause d'un certain nombre de greffes, dont l'une avait évolué dans la cicatrice abdominale.

Il est probable que si un autre kyste développé dans l'autre ovaire n'avait pas été la cause de l'affaiblissement de la malade et d'une opération qui a amené tardivement la mort, ces récidives auraient évolué complètement et entraîné une généralisation plus complète avec sa terminaison ordinaire.

J'ai prononcé le mot greffe pour expliquer ce développement d'une tumeur secondaire dans la cicatrice.

Je crois que c'est la seule explication possible de cette récidive si nettement localisée.

Comme j'ai discuté les probabilités de cette hypothèse dans mon premier travail, je crois inutile d'y insister actuellement.

Je veux seulement revenir sur ce point essentiel que, dans la tumeur primitive, il n'y avait ni végétations, ni épaississements notables des parois kystiques ; en un mot, aucune apparence extérieure de portions sarcomateuses dans cette tumeur. Dans le second kyste, la structure était la même. Les liquides gélatineux, diversement colorés, contenaient des cellules de types très différents.

Cette observation prouve donc que les kystes ovariques multiloculaires, malgré leur structure en apparence simple, peuvent donner lieu à des récidives ou à des greffes à distance au même titre que ceux qui contiennent des végétations ou des parties solides volumineuses.

Cette question est donc encore à l'étude, elle ne sera résolue qu'après la publication d'un grand nombre d'observations bien précises. Les variations qu'on rencontre dans la structure des kystes

suivis de récidives rendent jusqu'à présent impossible un pronostic exact.

D'une part, on ne peut prévoir d'une façon certaine, ou même approximative, quels seront ceux qui laisseront les malades indemnes après l'opération; d'autre part, ceux qui pourront être suivis de récidive.

Discussion.

M. Terrier. J'ai déjà communiqué une observation dans laquelle il était dit que la complexité de la tumeur avait fait supposer sa récidive probable. Le néoplasme a, en effet, récidivé et s'est généralisé. La pièce pathologique examinée au collège de France paraissait une tumeur embryonnaire. On peut donc, par l'examen microscopique, émettre des doutes sur la possibilité d'une récidive de tumeur sarcomateuse. C'était ce qui était arrivé pour mon cas.

Lecture.

M. Peyrot lit à l'appui de sa candidature une observation de *fracture du crâne suivie de trépanation.*

(Commission : MM. Sée, Berger, Humbert.)

Présentation de pièce pathologique.

M. Schwartz présente une pièce relative à la *ligature de l'artère fémorale pour anévrisme poplité.*

(Renvoyé à la commission déjà désignée.)

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 16 décembre 1885.

Présidence de M. S. Duplay.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. le Dr Mascarel (de Châtellerault), membre correspondant national depuis 1851, prie la Société de vouloir bien accepter sa démission ;

3° *Tumeur kysto-adénoïde de la parotide. Ablation. Fistule salivaire.* Guérison, par M. le Dr Cabadé de Valence (d'Agen); commissaire : M. Terrier ;

4° *Traité des opérations obstétricales,* par le professeur Krassorski, membre correspondant étranger, médecin en chef de la maternité de Saint-Pétersbourg.

A propos du procès-verbal.

M. Terrier lit, à propos de la communication de M. Terrillon *sur la récidive des kystes de l'ovaire,* une observation intitulée :

Observation de tumeur polykystique de l'ovaire; récidivée et généralisée, par M. Terrier.

M. Terrier. A propos du procès-verbal, j'ai l'honneur de vous communiquer un résumé de l'observation dont je vous ai parlé dans la dernière séance ; observation dont la première partie a été publiée dans l'*Union médicale* du 23 mars 1884, n° 43.

Mlle Dauguillecourt me fut adressée par M. le professeur Cornil, le 9 mai 1883, pour être opérée d'une tumeur du ventre, datant de deux à trois mois.

Réglée à 14 ans, la menstruation est régulière depuis cette date ; sa mère est morte tuberculeuse, et à 12 ans la malade aurait eu un abcès froid au cou. Son père et huit frères ou sœurs se portent bien.

L'abdomen, offrant 81 centimètres de circonférence, présente dans la fosse iliaque gauche et l'hypogastre une tumeur régulièrement arrondie, rénitente et peu fluctuante. L'utérus est remonté et dévié à droite. Pas de troubles du côté des voies digestives et des voies urinaires.

Anémie profonde.

Dans le courant de mai, accidents péritoniques et diarrhée. État général mauvais.

Le 12 juin, la malade sort de l'hôpital pour passer un certain temps à la campagne.

Elle rentre à l'hôpital le 25 septembre 1883.

Lo ventre est alors très développé, avec bosselures dans la fosse iliaque droite, et à la partie latérale droite de l'épigastre, de l'ombilic et de l'hypochondre droit. Le développement du ventre a été très rapide à partir du 10 septembre et sa circonférence a atteint 82 centimètres.

Les téguments sont lisses, sans dilatation veineuse, l'ombilic un peu déplissé. La néoformation remplit presque tout l'abdomen, on ne perçoit de sonorité qu'au-dessous du foie et dans les deux flancs. Au palper, masse dure, arrondie, du volume de la tête d'un fœtus à terme, occupant la fosse iliaque gauche et l'hypogastre à gauche. Au-dessus et à droite, deuxième tumeur bilobée, occupant toute la partie droite du ventre. Entre ces deux tumeurs existe une dépression, où il paraît y avoir de l'ascite.

La tumeur droite est fluctuante, celle de gauche semble solide.

Le col est abaissé, petit, peu mobile ; cul-de-sac libre. Petite hernie inguinale droite, qui paraît remonter au commencement de juillet, époque à laquelle la malade toussa beaucoup.

État général très sérieux, vomissements et diarrhée ; épanchement pleural à droite, souffle cardiaque anémique, cyanose légère des extrémités.

Le 3 octobre, on constate de la pleurésie sèche à gauche.

L'ovariotomie est faite le 16 octobre 1882 avec l'aide de mes amis et collègues, MM. Berger, Just Championnière et Richelot.

Il y avait un peu d'ascite et des adhérences du grand épiploon assez étendues. L'opération, qui dura 50 minutes, fut assez pénible et offrit ce fait tout particulier, c'est qu'on fit la ligature et la section du pédicule, avant d'enlever la tumeur, qui fut alors retirée de haut en bas.

Les suites de l'opération furent d'abord des plus simples jusqu'au onzième jour, à cette date, l'appétit était excellent, toutefois, la température restait un peu élevée le soir.

Le 27, insomnie, appétit moindre, léger mal de gorge, douleurs à droite du cou.

Le 1er novembre. Tumeur du volume d'un œuf située dans la région clavi-pectorale, où l'on constate l'existence d'un réseau veineux abon-

dant sous-cutané. Douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche. Fièvre le soir, sueurs nocturnes.

En fait, formation tardive d'un abcès au niveau du pédicule, abcès qui vient s'ouvrir sur la ligne médiane de l'ombilic. Un drain de 12 centimètres est placé dans ce trajet.

Le 19 novembre. Phlegmation très nette de la veine axillaire droite, malgré une amélioration notable de l'état général, et œdème du membre droit.

Le 11 décembre. Nouvel abcès sur le trajet de deux fils à suture.

La malade, en très bon état, quitte le service le 22 janvier 1884. Les deux abcès sont fermés, et des deux pleurésies, il ne reste qu'un peu de submatité et des frottements.

J'arrive au point important de cette rapide analyse :

La tumeur enlevée pesant 6,320 grammes était formée de plusieurs lobes, un du volume d'une tête d'adulte, l'autre encore plus considérable; dans l'angle de ces deux lobes, il en existait un autre plus petit et de la forme d'une rate. A la partie postéro-supérieure de la grosse tumeur existe une cavité kystique.

Toutes ces tumeurs sont encapsulées, et la capsule qui les entoure offre un aspect fibreux, est épaisse, résistante, et se décortique assez facilement, à la coupe le tissu morbide semble constitué par un stroma fibreux circonscrivant des aréoles de dimensions variables.

En somme, la tumeur est formée d'une foule de petites cavités kystiques : les unes du volume d'un pois, les autres plus petites ; les cavités les plus volumineuses sont généralement superficielles. Toutes contiennent un liquide jaunâtre parfois, ou bien blanc grisâtre, toujours visqueux ou muqueux. La trame fibreuse est parfois résistante comme du cartilage.

Notons que sur les parties réséquées de l'épiploon, et surtout le long des vaisseaux existent de petites granulations grisâtres, un peu plus larges que la tête d'une épingle.

L'examen histologique a été fait par M. Malassez, qui nous a remis la note suivante des plus importantes :

Les cavités kystiques présentent un revêtement épithélial comparable à celui des muqueuses : cylindrique, caliciforme..., et il est des points où il est pavimenteux, mais sans couche cornée.

Dans les parties solides, outre le tissu fibreux ordinaire, on rencontre les tissus les plus divers : perles épidermiques, nodules cartilagineux dont quelques-uns calcifiés, tissu ostéoïde, lobules adipeux, faisceaux musculaires, etc. Bref, c'est une tumeur comparable aux *tumeurs mixtes du testicule* et qui forme comme un intermédiaire entre les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes.

Comme on le voit, notre excellent ami, M. Malassez était très

nettement fixé sur la nature insolite de cette tumeur, si bien qu'il me fit part de ses craintes au point de vue de la récidive, s'appuyant un peu sur ce qui s'observe dans les tumeurs polykystiques du testicule, dont cette néoformation ovarienne avait la structure. Nous allons voir qu'il n'avait que trop raison à cet égard.

A la fin de février 1884, Mlle D... allait fort bien et était réglée. Il existe toujours des vaisseaux dilatés sur le moignon de l'épaule droite.

En avril 1884, Mlle D... rentre à l'hôpital Bichat pour une arthrite de l'épaule droite, d'origine nettement blennorrhagique. Il y avait encore des douleurs abdominales et les menstrues étaient douloureuses et irrégulières. Lorsque la malade quitta l'hôpital, son épaule, non tuméfiée, était à demi-ankylosée.

Au mois d'octobre 1884, Mlle D... s'aperçoit de l'existence d'une tumeur dans le côté droit et un nouvel abcès se développe vers le pédicule et s'ouvre au dehors.

En février 1885, accidents péritoniques, ventre distendu. On constate l'existence de masses dures dans la cavité abdominale, surtout à gauche. Le deltoïde droit est atrophié.

Vers la fin de mars, apparition d'une tumeur au niveau de la fistule ancienne due à l'ouverture du premier abcès et siégeant au tiers inférieur de la cicatrice. Ganglions dans les aines; la hernie épiploïque inguinale droite durcit et augmente de volume. Anorexie, vomissements, douleurs de rein et dans les jambes, amaigrissement considérable,

Mlle D... entre une troisième fois à l'hôpital Bichat, le 30 avril. Sous l'influence du repos et d'un traitement tonique, l'état général paraît un peu s'améliorer, mais l'état local persiste.

Le 1er juin, fièvre vive, vomissements, étouffements, diarrhée.

Voici l'état de la malade le 15 juin 1885 :

Au niveau de la cicatrice de la laparotomie, et à 5 centimètres de sa partie inférieure, existe une masse mollasse, adhérente à la peau, bosselée et du volume d'une grosse noix. Dans les deux aines, ganglions indurés et hypertrophiés. Une masse dure occupe la partie supérieure de la grande lèvre droite et remonte jusqu'à l'anneau inguinal correspondant.

Dans l'abdomen, masses dures situées à droite, dont l'une supérieure mobile transversalement occupe l'hypochondre droit. Fluctuation due probablement à de l'ascite dans toute la partie gauche du ventre.

Le col semble immobilisé. Bosselures dans les culs-de-sac.

Circonférence ombilicale, 90 centimètres.

On avait très probablement affaire à une généralisation de la tumeur présente et peut-être à des kystes développés sur l'autre ovaire. Dans le doute et pour tout enlever, je résolus de faire la laparotomie.

Cette opération fut faite le 16 juin 1885, avec l'aide de MM. Just Championnière et Berger, et de mon interne M. Poupinel, qui a recueilli les notes sur cette malade.

On incise sur l'ancienne cicatrice et on coupe en long la tumeur adhérente à la peau signalée plus haut. Le péritoine ouvert, il s'écoule 5 litres de liquide ascitique sanguinolent. Tout le péritoine pariétal est doublé par une épaisse plaque néoplasique; l'épiploon est infiltré de granulations cancéreuses, et l'intestin est recouvert d'un semis granuleux de même nature.

Une tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme, existe dans le flanc droit, elle est développée dans le mésentère. On peut la pédiculiser et l'enlever après l'avoir liée avec un fort fil de soie. En l'enlevant, on ouvre deux cavités kystiques, l'une remplie de liquide visqueux brunâtre, l'autre pleine de liquide épais lactescent.

Le petit bassin est entièrement occupé par une masse polykystique adhérente de toutes parts.

La toilette du péritoine faite avec soin, on ferme l'abdomen avec dix fils profonds et six superficiels. L'opération a duré 32 minutes et a été faite avec les précautions de la méthode de Lister.

Toutefois ce léger choc traumatique suffit pour faire succomber très rapidement la malade au bout de 8 à 9 heures.

La tumeur mésentérique enlevée fut de suite portée au laboratoire du Collège de France. Elle est formée d'une masse mollasse, entourée d'une coque fibreuse composée de plusieurs feuillets, dont le plus superficiel s'est rompu par des tensions. Par cet orifice a fait saillie une masse, encore encapsulée, puis cette capsule s'est aussi rompue et a donné issue à des bourgeons charnus très vasculaires.

Cette tumeur est formée d'une infinité de kystes à contenu visqueux, de volume très différent. Ce tissu aréolaire est grisâtre ou rouge par places et offre par points des crêtes dures comme osseuses. Nous reviendrons plus loin sur l'examen histologique de cette tumeur.

Le 17 juin, quinze heures après la mort, en ouvrant la cicatrice, on trouve à droite, dans le flanc, un peu de liquide sanguinolent. Pas de péritonite. On enlève : un fragment de la cuirasse cancéreuse que tapisse la paroi abdominale; un morceau de la néoplasie développée dans la cicatrice ancienne; un morceau d'épiploon altéré; un fragment d'intestin grêle recouvert de granulations néoplasiques; un fragment de foie, et enfin un ganglion dans l'aine gauche.

L'autopsie fut faite 39 heures après la mort; la putréfaction était déjà avancée.

Le péritoine pariétal, la surface du foie, le ligament falciforme, l'épiploon, le mésentère sont envahis par le cancer.

Adhérences cancéreuses de l'épiploon à l'anneau inguinal.

Tous les ganglions lymphatiques de l'abdomen sont envahis par des néoformations. D'énormes masses cancéreuses ganglionnaires existent le long des veines iliaques. A droite cette chaîne de ganglions s'est frayé

un passage hors de l'abdomen, à travers l'auneau inguinal jusque dans la grande lèvre.

Le petit bassin est occupé par une masse solide, dans laquelle on distingue l'utérus sur le milieu, à gauche une masse polykystique adhérente de tous côtés au bassin. A droite, même aspect polykystique, mais plus altéré.

L'utérus est recouvert de noyaux néoplasiques, mais limités au péritoine seul, car le tissu utérin est normal.

Le foie est aussi normal. La rate offre deux petits grains calcaires dans son épaisseur.

Le rein gauche, gros et gras, se décortique bien.

Le rein droit est petit et atrophié, cette atrophie porte sur la substance corticale. Ces deux orgaues sont trop altérés pour être examinés histologiquement.

Les deux plèvres sont envahies par le cancer, surtout la droite. Des noyaux existent sur la face convexe du diaphragme. A droite il existe un épanchement sanguinolent d'environ un demi-litre, enkysté vers la partie supérieure de la plèvre.

Le poumon droit est ratatiné, le gauche congestionné.

Le cœur rempli de caillots fibrineux.

L'articulation scapulo-humérale droite est le siège d'une arthrite chronique : synoviale, épaissie, fongosités sur le trajet du biceps, surfaces articulaires déformées, cartilages détruits, fongosités sur les os. Pas de signes de néoformation.

Les vaisseaux de l'aisselle sont perméables, les ganglions engorgés.

La tumeur de la grande lèvre droite a l'aspect kystique et forme uue masse aréolaire remplie de liquide lactescent.

Nous arrivons à l'examen histologique de ces diverses tumeurs ou productions, examen fait par M. Malassez au laboratoire du Collège de France.

Tumeur mésentérique. — Elle comprend toutes les variétés d'épithéliums et de tissus. On y trouve des masses épithéliales disséminées dans le stroma conjonctif, et formées soit d'épithélium pavimenteux simple, soit de cellules pavimenteuses crénelées, comme celles du corps muqueux de Malpighi.

Dans un même kyste existe souvent un revêtement épithélial variable, ici des cellules à cils vibratiles, là des cellules cylindriques sans cils, ailleurs des cellules calciformes, cubiques ou plates.

Dans le tissu conjonctif existent des bulbes pileux en voie de formation, des glandes sébacées, des cellules adipeuses. En certains points s'observent des nodules cartilagineux (cartilage embryonnaire et cartilage réticulé), des lamelles osseuses (tissu compact, spongieux), de la moelle des os, des fibres musculaires lisses, peut-être même des cellules nerveuses.

La *tumeur de la grande lèvre droite* est de nature épithéliale; c'est

de l'épithélioma cylindrique avec des tubes pleins, des tubes dilatés, et enfin des cavités kystiques.

Le *grand épiploon* renferme du tissu embryonnaire et des tubes épithéliaux assez rares cependant.

Le *péritoine pariétal* épaissi a la même structure.

Les nodules de la *plèvre diaphragmatique* sont formés d'épithélium kystique.

Des fragments du poumon droit ont fait voir autour du tissu pulmonaire une épaisse enveloppe pleurale, infiltrée de tissu embryonnaire. Pas d'épithélioma. Lésions de la pneumonie interstitielle.

L'exameu de l'articulation permet d'affirmer qu'il s'agit d'une arthrite chronique, ni tuberculeuse ni cancéreuse.

Comme on le voit, cette observation est un type de récidive et de généralisation d'une tumeur ovarienne, récidive en fait assez rapide, puisqu'elle est apparue moins d'un an après la première opération. La généralisation est d'autant plus curieuse à étudier ici qu'elle n'offre pas partout les mêmes caractères histologiques.

Dans le mésentère, ou plutôt dans des ganglions, la tumeur est analogue à celle qui avait été enlevée dans la première opération et que M. Malassez avait comparée aux tumeurs mixtes du testicule. Là, en effet, on trouve toutes les variétés d'épithélium, des tumeurs perlées, des glandes sébacées, du tissu cartilagineux, osseux, graisseux, musculaire, peut-être même nerveux.

Ailleurs, les choses se simplifient et la généralisation a lieu sous forme des tumeurs épithéliales, avec tendance aux formations kystiques. Tel est le cas pour les altérations secondaires de l'épiploon, du péritoine pariétal, de la plèvre diaphragmatique, des ganglions de l'anneau inguinal.

Or, j'insiste beaucoup sur ce fait, c'est que la gravité probable de la première tumeur enlevée chez Mlle D... n'avait été soupçonnée qu'après l'examen microscopique fait par M. Malassez. Ce dernier avait reconnu que cette tumeur différait absolument des kystes ovariques ordinaires et qu'elle se rapprochait des tumeurs kystiques du testicule. Or, si les premières sont d'ordinaire bénignes, les secondes sont toujours malignes.

En fait, et contrairement aux conclusions de mon collègue et avec M. Terrillon, je crois que cette observation démontre que dans certains cas, l'examen histologique permet de diagnostiquer la malignité d'une tumeur ovarique, qui paraît être un kyste des plus ordinaires.

M. Terrillon. M. Terrier a pris trop à la lettre l'expression de complexité qui a été employée. Si j'admets, au point de vue clinique, que l'existence de végétations externes et internes et l'induration des parois soit une forte présomption en faveur de la récidive des tumeurs kystiques ovariques, d'accord avec M. Ter-

rier, j'estime que l'examen histologique bien fait de ces éléments complexes peut donner des indications certaines sur la malignité de ces néoplasmes et la probabilité de leur récidive.

Rapport.

Ascite consécutive au développement de néoplasmes dans les épiploons. — Ponction par le sac d'une hernie inguinale, par le Dr E. de Grandmaison.

Rapport de M. Chauvel.

Appelé près d'un homme de 45 ans atteint d'une ascite consécutive à une tumeur probablement épiploïque, notre confrère évacue par la paracentèse régulière le liquide collecté dans le péritoine. Mais l'épanchement se reproduit rapidement, et la ponction, par le développement de la tumeur, lui paraît difficile et dangereuse à pratiquer dans le lieu d'élection, le néoplasme étant accolé aux parois abdominales. Cependant l'asphyxie est imminente, il faut agir. M. de Grandmaison se décide à ponctionner un vieux sac herniaire inguinal distendu par le liquide et ne contenant pas d'intestin. L'opération est facile, et le trocart plongé dans la partie inférieure de la bourse gauche donne issue au liquide ascitique. Deux fois encore, notre confrère eut recours à ce procédé, qu'il pense avoir été le premier à mettre en usage, et qu'il recommande dans un cas analogue. Il donne même, au sujet de la ponction scrotale, quelques règles, dont la plus importante est de pincer et maintenir sur la canule tous les tissus, *sans oublier le sac herniaire*, si l'on ne veut s'exposer à l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire du scrotum, accident qui lui est arrivé une fois. Ces règles n'ont rien de bien spécial, elles découlent de la présence possible de l'intestin dans le sac herniaire et du voisinage du testicule.

Nous nous proposons, Messieurs, 1° d'adresser des remercîments à l'auteur ; 2° de déposer son observation dans nos archives.

Les conclusions proposées par M. le rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Rapports.

Sur une observation du Dr Baudry (de Lille) intitulée : *Nombreux fragments de verre introduits dans l'orbite*,

Par M. Le Dentu.

L'observation de M. Baudry peut se résumer brièvement. Il s'agit d'une femme de 32 ans qui disait avoir reçu, deux ans auparavant, un verre à bière sur le front et entre les yeux. Ce verre, lancé par un homme, se serait brisé en de nombreux fragments. Un confrère en aurait extrait cinq ou six quelque temps après, et la personne chez laquelle la malade était placée en aurait retiré à son tour 17, dont 15 de l'orbite droit, 2 de l'orbite gauche. 2 de ces morceaux avaient 4 centimètres de long sur $2^{cm},5$ de large. Cette malade prétend avoir été atteinte d'iritis et d'une amaurose intermittente qui déjà a inspiré au premier médecin qui l'a soignée des soupçons sérieux à l'endroit d'une simulation intéressée.

Au moment où cette femme se présente à l'examen de M. Baudry, on constate 2 cicatrices à la paupière inférieure droite, rien à gauche. La conjonctive de l'œil droit offre une plaie de 15 millimètres de long. A plusieurs reprises, la malade montre des fragments de verre qui se seraient éliminés spontanément et prétend en sentir d'autres. Chaque fois M. Baudry explore en vain la plaie conjonctivale, et c'est le *lendemain seulement* qu'il rencontre et peut extraire des fragments. Il en tire ainsi successivement 22 de l'orbite.

Il s'assure que la perte de la vision est simulée, ce qui le confirme dans ses soupçons. La malade, se sentant surveillée de près, n'avoua cependant pas sa supercherie, mais à partir de ce moment, elle ne sentit plus de corps étrangers dans son orbite. C'était presque un aveu.

M. Baudry profite de l'occasion pour étudier les effets de la présence du verre en fragments dans l'orbite, d'après les faits connus. Il rappelle la tolérance extrême des tissus et de l'œil lui-même qui, rarement, est atteint consécutivement de phénomènes inflammatoires. Il se rapproche de son observation celle de Colette et d'Ansiaux, qui a fait l'objet d'un examen très sérieux de la Société de médecine de Liège, parce qu'il s'agissait avant tout de savoir si les 200 fragments de verre extraits de l'orbite de la malade (c'était encore une femme) pouvaient réellement trouver place dans cette cavité. La commission nommée pour trancher la question, conclut à la possibilité du fait, et rejeta l'accusation de simulation portée contre la malade.

Je crois, pour mon compte, que M. Baudry est dans le vrai en émettant pour son fait personnel une opinion inverse.

Je vous propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De déposer son travail aux archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Le Dentu fait un second rapport :

Sur plusieurs observations du Dr Bruch, *professeur de clinique chirurgicale à Alger.*

Je vous rendais compte, il n'y a pas longtemps, de plusieurs des observations que le Dr Bruch, d'Alger, vous a fait parvenir, et j'ai réservé pour un autre rapport celles dont je n'avais pu encore vous entretenir.

La première de cette seconde série est intitulée : *Hernie inguinale gauche congénitale avec ectopie testiculaire. — Kélotonie. — Mort.* Les particularités offertes par ces cas sont : le siège de l'étranglement au niveau de l'orifice interne, les adhérences du testicule et de l'intestin au sac, l'obstacle au taxis formé par le testicule situé en avant de l'orifice externe du canal inguinal, enfin la nécessité d'une dissection très pénible pour arriver à la réduction. La mort peut être attribuée à cette circonstance et aussi à ce que les accidents dataient de cinq jours lorsque M. Bruch a eu à donner des soins au malade.

La deuxième observation est une *Ovariotomie pour kyste multiloculaire suivie de succès.* Quelque temps auparavant, un praticien avait permis à la malade de mener à bonne fin une grossesse et d'accoucher à terme. Comme elle avait ensuite refusé l'ovariotomie dans le moment qui avait paru le plus favorable à M. Bruch, et que, sentant ses forces décliner, elle était venue la demander avec instance, l'intervention eut lieu dans des conditions d'extrême faiblesse, qui, heureusement, ne lui furent pas fatales. A cause du gros volume des vaisseaux du pédicule, M. Bruch crut devoir maintenir ce dernier dans la partie inférieure de l'incision abdominale. La guérison survint un peu plus tard que s'il avait réduit le pédicule, mais sans incidents.

Voici maintenant un cas de *calcul vésico-prostatique* extrait par la taille périnéale. L'opération ne laissa pas d'offrir certaines difficultés à cause de la grande vascularité de la région périnéale et de la forme du calcul qui en rendit le morcellement nécessaire. Je

ne ferai qu'une remarque, c'est que la taille hypogastrique en eût singulièrement facilité l'extraction.

Je passe sur les détails relatifs à la composition chimique et à la disposition de ce calcul formé de plusieurs fragments; car on trouvera plus loin un extrait de cette intéressante observation.

Je ne signale que pour mémoire un cas de *métrite aiguë parenchymateuse* qui n'offre rien de très spécial; je ne puis que mentionner les dessins qui accompagnent une observation *de blessure de la face*, qui a été déjà publiée dans l'*Alger médical* (*coup de hache ayant abattu presque tout le nez avec la portion antéro-inférieure des maxillaires supérieurs.* Remise en place et suture du lambeau, qui ne tenait plus que par la portion externe de la lèvre supérieure, guérison).

J'arrive à un cas de *papillo-adénome* de la voûte palatine enlevé avec succès immédiat et éloigné au moyen de l'anse galvanique. Ce fait sort de l'ordinaire par la composition histologique complexe de la production morbide et par l'examen microscopique très soigné qui en accompagne la relation.

M. Bruch a eu l'occasion d'opérer *un bec de lièvre commissural* constitué par une fente horizontale qui prolongeait directement la commissure labiale gauche. Quatre points de suture après avivement suffirent pour rétablir la forme normale des parties. L'enfant avait 48 jours au moment de l'opération.

Vient ensuite un groupe de 9 *opérations de cataractes traumatiques ou spontanées*, dont les dernières ont donné une proportion de quatre bons ou très bons résultats sur cinq cas.

Puis se présente un autre groupe, celui-ci de tumeurs du sein au nombre de quatre (squirrhe, adénome, *kyste laiteux* et *épithélioma pavimenteux chez* un homme).

Le kyste laiteux s'était développé chez une femme qui avait nourri peu de temps auparavant. Il avait les dimensions d'un œuf de pigeon. Le diagnostic ne put être établi avec certitude. L'extirpation, suivie de la réunion immédiate, donna un excellent et rapide résultat.

Quant au cas d'*épithélioma pavimenteux du sein développé chez un homme*, il offre un grand intérêt, attendu que, dans le mémoire si complet de M. Poirier, il n'y a que quatre observations de ce genre accompagnées d'un examen histologique authentique. Celle de M. Bruch portera à cinq cette série encore très courte, eu égard au nombre des épithéliomas reconnus chez l'homme, mais admis seulement sur des preuves cliniques et non histologiques.

A cette série de faits dignes de la publicité, M. Bruch, par un envoi plus récent, en a ajouté un qui mériterait d'être analysé longuement, si le temps me le permettait. C'est une observation de

colpopérinéorrhaphie suivant la méthode de Hégar dont le succès, complet d'emblée, paraît s'être bien maintenu ; or, il s'était agi de combattre un prolapsus complet de l'utérus.

L'exposé de ce fait est précédé d'un historique de la question et d'une classification méthodique des méthodes et des procédés qui ont vu le jour depuis l'épisiorrhaphie simple jusqu'à la colpopérinéorrhaphie.

Le soin avec lequel M. Bruch observe ses malades, les réflexions et les citations qui accompagnent chaque fait, les examens histologiques et les dessins qui en rendent la compréhension très simple et en rehaussent la valeur, ne peuvent qu'attirer sérieusement votre attention sur notre confrère d'Alger qui s'est porté candidat au titre de membre correspondant national, appuyé sur des travaux importants et dignes de notre Société.

Je vous propose donc :

1° D'insérer dans nos Bulletins des extraits de ses observations les plus intéressantes ;

2° De déposer les autres aux archives ;

3° D'inscrire l'auteur dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Ces conclusions sont adoptées.

Extrait de plusieurs observations du Dr Bruch.

OBS. VIII. — *Calcul vésico-prostatique. — Taille. — Guérison.*

Ahmed ben Mohamed, de la secte des Aïssaoua, 35 ans environ[1]; bien constitué, gras, paludique. Entré à la clinique le 30 janvier 1884.

La sonde exploratrice est brusquement arrêtée sur un corps dur avant de pénétrer dans la vessie, à 0m,19 de l'extrémité de la verge[2]. Une petite sonde molle, fine, franchit l'obstacle et pénètre dans la vessie en frottant sur un corps dur, rugueux. Le toucher rectal révèle une tumeur dure, volumineuse (grosseur d'une mandarine), allongée en avant; le doigt peut la contourner, mais la prostate n'apparaît point distincte de la tumeur. La pression sur le périnée ne provoque point de douleur vive, symptôme qui est donc négatif, car cette douleur à la pression du périnée a été indiquée comme un signe caractéristique du calcul prostatique. Le palper du périnée, très épais, ne donne aucun renseignement.

Après explorations répétées, le diagnostic de calcul vésico-prostatique fut basé par les symptômes suivants :

[1] La plupart des indigènes ne connaissent pas exactement leur âge.

[2] Les Arabes ont généralement le pénis long ; de plus il faut tenir compte de l'allongement de la verge chez les calculeux.

a) Arrêt brusque de la sonde sur un obstacle fixe, rugueux, au-devant de la vessie;

b) Tumeur dure, volumineuse, saillante dans le rectum, occupant la région du trigone et de la prostate;

c) Cette tumeur, immobile, ne peut être repoussée par le toucher rectal; n'est pas déplacée par les changements de position;

d) La prostate ne forme pas une saillie distincte en avant de la tumeur vésicale.

5 *février*. Opération mixte : taille prérectale et bilatérale.

Examen du calcul. — Nombreux fragments de dimensions et de formes diverses; deux d'entre eux mesurent dans leur plus grand diamètre $0^m,03$, deux autres $0^m,025$, quatre $0^m,02$, la plupart sont de forme cuboïde irrégulière; un certain nombre de fragments mesurent $0^m,015$; le reste sont de petits fragments en grande partie chassés par le lavage après l'opération.

Je dois à l'obligeance de mon excellent collègue, le professeur Duval, une analyse minutieuse des fragments extraits; en voici la conclusion :

..... « D'après ces données sommaires, nous pensons pouvoir établir que les calculs qui nous ont été soumis sont formés :

« 1° De phosphate de chaux borique;

« 2° De phosphate ammoniaco-magnésien;

« 3° D'une petite quantité d'oxalate de chaux;

« 4° Et, très probablement aussi, d'une trace de xanthine impure, xanthine dont les caractères sont souvent masqués par un soupçon d'acide urique ou d'une matière protéique indéterminée (mucine?). »

M. Duval, dans sa lettre d'envoi, ajoute : « Je me suis attaché à la recherche de l'acide urique, et finalement, après avoir cru en rencontrer tout d'abord, je me suis vu obligé de battre en retraite. Cela m'ennuie d'autant plus qu'il me semble que vous attachiez quelque intérêt à cette trouvaille, etc..... »

En effet, j'espérais que l'analyse révélerait dans l'un des noyaux (*fig.* 4) à couches concentriques nettement accusées la présence de l'acide urique, et dans celui (*fig.* 5) plus irrégulier, et sans couches concentriques nettes, seulement des phosphates; cela eût cadré avec l'opinion que je m'étais faite de la formation de ces noyaux, pour l'un dans la vessie, et pour l'autre dans l'urèthre, c'est-à-dire d'une formation simultanée ou à peu près simultanée des deux noyaux; on pouvait supposer qu'un premier calcul s'était engagé et arrêté, ou formé sur place dans la région prostatique, ou dans le col vésical; que ce calcul s'était accru sur place et avait fini par rencontrer un calcul unique formé dans la vessie. Ce serait là, d'après Baudillat, le phénomène le plus fréquent : « L'engagement dans le col d'un calcul vésical encore peu volumineux et qui n'a pu s'ac-

croître en ce point librement à cause de la résistance des tissus. » (*Calculs de l'urèthre*, etc., p. 83, Baudillat. Paris, 1869).

Obs. XI *Papillo-adénome de la voûte palatine. — Ablation avec l'anse galvanocaustique. — Guérison. — Analyse de la tumeur par M. le D*r POMMAY, médeein major.

Chentz (Jacob), 44 ans, Bavarois, eultivateur, entre à la clinique le 25 janvier 1883.

Une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule arabe oeeupe la eavité buccale; elle est insérée par un large pédicule à la voûte palatine, depuis le sommet de la voûte jusqu'à l'extrémité postérieure du rebord alvéolaire droit. — La tumeur est conique, à base inférieure; un peu bosselée, rose, dure, indolente; elle apporte une difficulté considérable à la mastieation et à la parole. — Le malade raconte que la grosseur est apparue au sommet de la voûte palatine, il y a près de 10 ans. Elle a donné lieu à une hémorrhagie légère il y a un mois, et à une autre il y a quelques années.

Aueun antéeédent pouvant se rapporter à la genèse de eette tumeur.

*Examen de la tumeur dû à l'obligeance du D*r *Pommay.* — Certaines parties de la tumeur sont formées d'un tissu conjonctif abondant dans lequel on voit quelques traînées épithéliales plus volumineuses, disposées en fuseaux ou en eylindres; à eôté on voit d'autres formations épithéliales affectant une forme eireulaire. Parmi celles-ei on peut distinguer trois espèces suivant les rapports de l'épithélium avec charpente eonjonetive : 1re *espèce*, eharpente eonjonctive extérieure, revêtement épithélial intérieur avee lumière eentrale; 2e *espèce*, eharpente eonjonetive extérieure, épithélium formant un bloe compaet à l'intérieur, sans laisser de lumière; 3e *espèce*, eharpente eonjonetive intérieure, revêtement épithélial extérieur.

Dans d'autres parties, ces formations, surtout eelles des deux premières espèces, augmentent de nombre et de volume, se rapproehent, deviennent eonfluentes; alors le tissu eonjonetif, loin d'être l'élément prineipal, n'existe plus qu'à l'état de travées plus ou moins épaisses eirconserivant des espaces de forme irrègulièrement sphérique, qui sont plus ou moins remplis de cellules épithéliales.

A un grossissement de 1/500 on voit que le tissu eonjonetif est du tissu eonjonctif ordinaire formé de fibres conjonctives et élastiques, de eellules eonjonctives; que les eellules des fuseaux, cylindres, sont des eellules jeunes avec un gros noyau, peu volumineuses, sans caractères spéeiaux; que les formations de la première espèce sont revêtues de plusieurs couches épithéliales, les cellules les plus volumineuses sont les plus eentrales. On y voit des eellules cubiques et des cellules rondes. Les blocs épithéliaux de la seconde espèce sont eonstitués par les mêmes cellules rondes; quant aux formations de la 3e espèee, leur charpente intérieure est formée par du tissu conjonetif fibrillaire délieat, et des eellules plasmatiques; leur revêtement épithélial a plusieurs couches et est formé de eellules rondes, puis de cellules de plus en plus

aplaties, les cellules lamelleuses sans noyau distinct étant les plus superficielles.

Les lacunes renferment les mêmes cellules que les formations 1 et 2 et paraissent dérivées de ces dernières.

En somme trois éléments entrent pour une part différente dans la composition de cette tumeur qui sont par ordre d'importance : 1° un élément glandulaire (1re et 2e formation et lacunes qui en dérivent); 2° un élément papillaire (3e formation); 3° un élément banal de soutien, tissu conjonctif.

La dénomination qui leur convient et qui résulte de l'appréciation de ces éléments est celle-ci : *papillo-adénome;* et en spécifiant l'espèce d'adénome : *papillo-adénome à glandes tubulées.*

Obs. XII. — *Bec de lièvre commissural. — Avivement. — Guérison.*

Perret, petite fille, 48 jours, belle enfant robuste.

Cette enfant m'est amenée dans les premiers jours de janvier 1884, par ses parents, tous deux jeunes, sains et beaux. C'est leur premier enfant. Il n'y a pas d'infirmité semblable dans la famille.

La fente commissurale s'étend de l'angle gauche de la bouche, horizontalement, jusqu'à la rencontre d'une ligne perpendiculaire partant de l'angle zygomatique de l'os mallaire. L'enfant jouit d'une bonne santé; il peut téter, mais interrompt souvent la succion et alors il s'écoule du lait par l'angle de la commissure; la salive s'écoule pendant le sommeil.

Opération le 12 janvier. — Avivement au bistouri; épingles et sutures entortillées. Guérison.

Je ne donne cette observation que pour la raison que « cette anomalie est peu commune » (1) et que Bonisson peut dire : « Nous avons été des premiers à reconnaître et à signaler l'analogie de ces fentes bucco-géniennes avec le bec de lièvre dont elles ne sont en réalité qu'une sorte de transposition. »

Sédillot parle « de la prolongation de la fente sur la joue » comme d'une « complication fort rare et que l'on connaît sous le nom de fissure congénitale des joues » (3).

Obs. XIV. — *Kyste laiteux. Sortie guérie le 9e jour.*

Pons (Marie), 33 ans, Espagnole. Neuf enfants; les a tous nourris; est paludique. S'est heurtée violemment contre l'angle d'une porte, il y

[1] Follin et Duplay, *Path. ext.*, t. IV, p. 638. — Debout, Coup d'œil sur une des formes les plus rares du bec de lièvre (*Bull. gén. thérapeutique*). — Pelvet, Mém. sur fissures congénitales de joues (*Mém. Soc. biol.*, 3e série, t. V, p. 181, etc).

[2] Bonisson, *Dict. Dechambre*, art. Bec de lièvre, p. 648.

[3] Sédillot, *Traité méd. op.*, 1866, t. II, p. 20.

a 13 mois; forte ecchymose du sein gauche; deux mois plus tard, apparition d'une tumeur de la grosseur d'une amande.

Le jour de son entrée au service, 12 mai 1884, tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, un peu étranglée au 1/3 inférieur, ne semble pas être pédiculée; adhère à la glande mammaire; surface irrégulière, rénitente; peau mobile sur la tumeur. Pas de ganglions. L'autre sein présente quelques indurations glandulaires. La malade a accouché et nourri son enfant sans accidents depuis l'apparition de la tumeur. Réclame l'opération. — Diagnostic incertain.

Opération le 24 mai. — Incision sur le grand diamètre de la tumeur; au premier coup de bistouri il s'écoule une matière laiteuse, butyreuse. Ablation. Sutures au fil d'argent et au catgut. Drain Lister. Pansement à l'iodoforme. Réunion immédiate. Exeat le 2 juin.

La tumeur était un kyste laiteux, à parois épaisses, à contenu laiteux ou plutôt butyreux.

(Bouchacourt préconise l'incision et la cautérisation des parois internes de la poche.)

Obs. XVI. — *Épithélioma pavimenteux lobulé, corné, d'apparence calcifiée, chez un homme.*

Bronner (Paul), Alsacien, tailleur, 44 ans, entré le 19 mai. Constitution très bonne, aucune maladie grave antérieure, ne se rappelle pas avoir eu de coup sur la poitrine.

Il y a deux ans, Bronner aperçut une petite tumeur, du volume d'une noisette, au-dessous du teton droit; grossissement lent et progressif. Aujourd'hui, la tumeur a le volume d'une orange de moyenne grosseur; pas de douleur, aucune gêne des mouvements, mobilité, pas d'adhérence aux tissus sous-jacents; santé générale excellente.

Depuis deux mois, la peau qui recouvre la tumeur est rouge, violacée.

Opération le 23 mai, en présence du professeur Lucas-Championnière. Ablation d'une tumeur dure, à consistance crayeuse. Sutures entortillées et sutures à points passés au catgut. Drain Lister. Pas de réaction. Trois pansements à l'iodoforme (le 1er à l'acide phénique). Réunion immédiate. Exeat le 30 mai.

Examen histologique, par le Dr Moreau. — Extérieurement, cette tumeur est bosselée; les bosselures sont tantôt lisses, tantôt striées et comme cannelées, tantôt enfin hérissées de petites saillies mamillaires parfois disposées en bandes imbriquées les unes sur les autres. La couleur est d'un blanc jaunâtre, sale et d'apparence granuleuse; par places, on voit des taches noirâtres, pigmentées. La densité est grande; la consistance est ferme, quasi pierreuse; et c'est ce caractère qui fit songer tout d'abord à une tumeur calcifiée.

La tumeur paraît enveloppée d'une coque fibreuse; zone limitante, beaucoup plus épaisse en avant qu'en arrière, adhérant bien plus à la tumeur qu'aux tissus ambiants. En avant, les tractus fibreux de cette

sorte de capsule semblent se continuer avec un pinceau de fibrilles convergeant vers le mamelon. Cette disposition, très visible sur une coupe antéro-postérieure, a fait songer un moment à un kyste à contenu solide.

Mais, en regardant avec soin, on voit bien que la tumeur proprement dite semble avoir une structure histologique peu en rapport avec un kyste. On y remarque une partie corticale, tantôt ferme et dense, tantôt spongieuse et creusée de petits kystes, ou zébrée de stries flexueuses, convergeant vers la partie centrale. Celle-ci est dense et formée de plusieurs noyaux volumineux, ellipsoïdes sur la coupe et d'aspect presque cartilagineux ou corné. Par places, on retrouve, comme à la surface extérieure, des parties pigmentées.

Par l'action des acides picrique, acétique ou chlorhydrique dilués, on n'obtient ni dégagement de bulles gazeuses, ni ramollissement, même en prolongeant cette action pendant plusieurs jours; ceci éloigne déjà l'idée d'une tumeur calcifiée. L'éther ne paraît pas modifier l'aspect des parties ni entraîner de matières grasses; il ne s'agit donc pas d'un kyste sébacé. Les acides chlorhydrique, azotique ou sulfurique forts détruisent bientôt la tumeur dans son entier, il en est de même de la potasse en solution aqueuse concentrée. Celle-ci, en solution au dixième seulement, ramollit la tumeur et la rend onctueuse. Tout cela pouvait faire pressentir la nature organique de la tumeur; une analyse chimique sommaire faite obligeamment par M. le professeur Duval est venue confirmer cette manière de voir.

Par le raclage on obtient quelques grumeaux; en dissolvant ensuite ces derniers dans un peu d'eau, entre deux lames de verre, on obtient des cellules tantôt isolées, tantôt soudées côte à côte, tantôt stratifiées en plusieurs couches. Ces cellules sont souvent irrégulières, et affectent des formes variées comme celles du cancer; mais souvent aussi elles ont une forme assez régulière, surtout lorsqu'elles sont soudées plusieurs ensemble, elles paraissent aplaties, polygonales, avec un protoplasma granuleux, un noyau volumineux, et parfois un nucléole bien visible. Elles se colorent faiblement par le picrocarmin. Elles mesurent environ 12 μ de largeur et 5 μ d'épaisseur. Le noyau souvent ovoïde peut avoir 4 μ de diamètre moyen.

Cette expérience sommaire laissait pressentir la nature épithéliale de la tumeur. L'étude des coupes vérifie cette hypothèse.

Nous avons pratiqué ces coupes, tantôt au centre de la tumeur, tantôt dans sa portion corticale, tantôt dans la zone limitante qui semble l'enkyster. De ces coupes, les unes ont été faites parallèlement à la section antéro-postérieure (coupes perpendiculaires), les autres parallèlement à un plan tangent à la surface (coupes tangentielles). Nous les avons colorées au picrocarmin et montées dans la glycérine.

Sur une coupe perpendiculaire prise dans la portion centrale, on voit facilement (avec un grossissement de 250 diam. = obj. 7 et oc. 1 de Vérick), que la tumeur est formée de cellules, dont les unes semblent arrondies ou légèrement polygonales, les autres fusiformes, adhérentes entre elles, pourvues d'un noyau et d'un nucléole. On n'observe

pas de vaisseaux. En un point on distingue un globe épidermique en voie de formation et qui n'a pas pris autant que le reste la couleur carminée, mais apparaît avec la teinte jaune de l'acide picrique. L'absence de vaisseaux à parois embryonnaires, l'adhérence des cellules, la présence d'un globe épidermique suffisent à différencier cet aspect de celui d'un sarcome fasciculé avec lequel on aurait pu le confondre; et il est permis de porter dès maintenant le diagnostic d'épithélioma. L'aspect fusiforme de certaines cellules est dû à ce qu'elles sont aplaties et se présentent de profil.

Sur des coupes également perpendiculaires, prises dans la portion corticale, l'aspect est un peu différent. Tantôt on retrouve des parties où l'épithélium est bien développé et se colore en rose par le carmin; tantôt on voit des traînées jaunes, denses, simulant parfois le tissu fibreux, parfois le tissu cartilagineux. Mais si l'on examine des zones intermédiaires et si l'on tient compte de cette coloration jaune, on reconnaitra que ces traînées sont formées de cellules épithéliales vieilles, aplaties, tassées les unes contre les autres; leur noyau aplati est quelquefois encore visible; d'autres fois il a disparu. Bref, ce sont des travées d'épithélium corné. Ces travées tantôt séparent des travées d'épithélium plus jeune, tantôt circonscrivent des espaces plus ou moins circulaires ou elliptiques à parois propres renfermant des globules sanguins ou des amas de fibrine coagulée (vaisseaux sanguins et lymphatiques) ou bien des cellules épithéliales dégénérées et des blocs colloïdes (culs-de-sac glandulaires devenus kystiques).

Ce dernier aspect se rapproche de celui des alvéoles du carcinome, et fait songer à la théorie épithéliale du carcinome (Robin, Waldeyer, etc.).

Sur des coupes tangentielles, cette disposition devient encore plus évidente. Là, les travées, coupées presque perpendiculairement à leur axe, apparaissent sous la forme de globes épidermiques jaunes, à lamelles épithéliales concentriques.

En quelques points on voit des amas de cellules embryonnaires, indiquant un travail inflammatoire, sur d'autres points certaines cellules sont pigmentées.

Nous avons tenu à examiner la zone limitante. Les coupes perpendiculaires pratiquées dans cette région nous ont donné les résultats suivants : tissu conjonctif dense, coloré en rose par le picrocarmin, vasculaire, infiltré de cellules embryonnaires abondantes; à la partie externe, quelques cellules adipeuses. C'est donc simplement du tissu conjonctif refoulé, condensé, tassé par la tumeur, et aussi irrité, d'où sa prolifération...

Enfin, sur une coupe à main levée, et malheureusement peu distincte, faite dans le pinceau d'aspect fibreux, aboutissant au mamelon, nous avons trouvé des conduits revêtus d'épithélium cylindrique altéré, et rempli de cellules épithéliales dégénérées, du tissu conjonctif, des glandes cutanées et des faisceaux tronqués de fibres musculaires lisses.

En résumé, la tumeur nous a paru être de nature épithéliale. Nous

lui donnerions le nom d'*Epithéliome pavimenteux corné lobulé du sein.* Il nous est difficile de dire si le processus a commencé dans les glandes cutanées pour se propager ensuite dans le tissu conjonctif séparant les éléments glandulaires, ou s'il a débuté dans l'épithélium des culs-de-sac glandulaires mêmes. Cette dernière opinion nous paraît plus probable. Finalement toute la masse de la glande mammaire paraît avoir été envahie par la néoformation. L'altération de l'épithélium du sinus lactifère, près du mamelon, l'indique suffisamment. L'espèce d'enkystement par la zone limitante expliquerait l'absence de propagation aux ganglions, mais cette zone aurait pu, à la longue, être franchie par suite d'une inflammation ulcérative. La large ablation de la tumeur est donc justifiée.

Observation. — Chute du vagin, procidence complète de l'utérus (ancienne). — *Colpopérinéorrhaphie. — Guérison durable.*

Marie Arnauld, veuve Ramos, Espagnole, âgée de 48 ans, femme de charge, ménagère, est bien constituée. Pas de maladies antécédentes à signaler. A eu 8 enfants, tous ses accouchements ont été laborieux; très pauvre, elle était chaque fois obligée de se lever, pour travailler, peu de jours après l'accouchement.

La matrice a commencé à se déplacer il y a 9 ans; la descente s'est aggravée graduellement. Maintenant, quand elle est debout longtemps, quand elle fait un effort, tousse, va à la selle, l'utérus est en prolapsus complet.

La matrice est réduite facilement, mais redescend aussitôt.

Le prolapsus commence par la paroi recto-vaginale; la rectocèle domine. Se plaint de « pesanteurs » dans le petit bassin; de tiraillements dans les aines, de douleurs lombaires, de maux d'estomac; est très affligée et découragée.

Des essais nombreux de pessaires annulaires, du pessaire de Gariel, etc. ont été infructueux.

La malade accepte la proposition d'une opération radicale.

Opération. — Injection antiseptique, excision d'un lambeau trapézoïde de la muqueuse de la paroi postérieure du vagin.

Le lambeau soulevé mesure environ $0^m,10$ de hauteur; la base du trapézoïde inférieure mesure $0^m,07$ à $0^m,08$; le sommet, environ $0^m,03$. Enfin, en terminant, j'échancre la base en pointe se dirigeant sur le périnée.

La dissection de la paroi vaginale exige une grande attention et ne peut être exécutée que lentement; de haut en bas.

La malade se plaignait fort peu de souffrir; faut-il attribuer ce fait à la cocaïne?

Peu d'hémorrhagie, quelques petites artères sont tordues chemin

faisant; trois d'entre elles sont liées au catgut. L'hémostase bien assurée, je fais une injection phéniquée 2,50 0/0.

Puis je procède à la pose des sutures.

Onze sutures au fil d'argent sont faites de haut en bas, c'est-à-dire les premières au sommet du trapézoïde; elles sont alternativement superficielles et profondes; les profondes trois fois plus éloignées des bords de la surface cruentée que les superficielles.

Les sutures placées, il est fait un dernier lavage phéniqué; puis j'introduis dans le vagin de la mousseline iodoformée; l'orifice vaginal est recouvert d'une feuille caoutchoutée, et le tout maintenu par une épaisse couche de ouate et un spica double. Il est laissé une ouverture pour le cathérétisme vésical.

Il est recommandé de vider la vessie, avec une longue sonde molle, toutes les 3 heures.

Bouillon, potion de Jaccoud, rhum.

Pendant la journée, il y eut des vomissements dus au chloroforme, car, pour l'application des sutures, il a fallu anesthésier la malade, qui devenait indocile.

Dans la soirée, l'interne de garde fut prévenu qu'il y avait une hémorrhagie secondaire; il enleva de gros caillots de sang après avoir défait l'appareil; fit une injection vaginale d'eau de Pagliari; et appliqua de la glace sur l'hypogastre.

19 *décembre*. T. matin 37°,4; soir 37°,6. Diète; un peu de bouillon glacé; potion opiacée (0gr,05). Plus d'hémorrhagie. Cathétérisme continué toutes les 4 heures, quelques douleurs abdominales.

20 *décembre*. T. matin 37°; soir 37°. Pansement. Injection phéniquée 2,50 0/0. Iodoforme.

23 *décembre*. Apparition des règles, en avance.

24 *décembre*. Il n'y a pas eu de selle depuis l'opération; la malade se plaint de « ballonnements gazeux », lavement émollient.

30 *décembre*. Huile de ricin.

Enlevé 2 sutures périnéales.

2 *janvier* 1885. Oté 6 sutures.

6 *janvier*. Oté 3 sutures. La réunion est parfaite tout le long de la ligne de suture.

Dans le courant du mois de janvier, la malade est présentée à M. le Dr Dieu, médecin en chef de l'hôpital du Dey, qui fait une visite à la clinique; M. Dieu constate la parfaite réunion, la position normale de l'utérus et la solidité de la cicatrice.

L'opérée fut gardée dans le service et observée encore pendant 2 mois.

Elle se rendait utile en aidant l'infirmière; elle faisait des lits, portait de l'eau, etc. La guérison s'est maintenue.

La cicatrice est épaisse, un peu rugueuse; ces rugosités sont le résultat des sutures; la matrice reste en place. Enfin, l'opérée s'en retourne à Marengo, avec une ceinture hypogastrique, pour reprendre ses travaux habituels. Dans le courant de l'été, j'en ai fait prendre des nouvelles; elle se déclarait heureuse et bien guérie.

Discussion.

M. Pozzi. Je demanderai à M. le rapporteur si la chute de l'utérus, dans l'observation qu'il nous a présentée en dernier lieu, était une chute simple ou une chute *par allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col* (Huguier)? Le cathétérisme utérin, qui est pathognomique, a-t-il été fait? Cette remarque a une grande importance. En effet l'expérience m'a démontré que les opérations sur le vagin et le périnée, suffisantes contre les chutes simples de la matrice, ne le sont pas quand cette chute est produite par l'hypertrophie sus-vaginale.

En pareil cas, il faut pratiquer d'abord l'amputation conoïde du col, puis (si elle est encore nécessaire) la colpopérinéorrhaphie. A ce prix seulement on obtient un succès durable. Je possède plusieurs observations qui prouvent cette proposition qui a été développée dans sa thèse, par un de mes élèves, M. Loghiades, cette année même.

Rapport.

Sur une observation intitulée : *Anévrysme diffus primitif. — Abcès. — Incision. — Tamponnement. — Guérison*, par M. le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer.)

Par M. Tillaux.

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 11 ans, atteint de paralysie infantile et que l'on avait l'habitude de transporter d'un point à un autre en le prenant par dessous les aisselles.

Une tumeur du volume d'une mandarine apparut sous l'aisselle droite. MM. Houzel et Cazin, malgré les recherches les plus minutieuses ne constatèrent aucun signe d'anévrysme et diagnostiquèrent un abcès. M. Cazin ouvrit cet abcès avec un bistouri et il s'écoula un peu de pus, mais, ayant détaché quelques caillots qui remplissaient la poche, un peu de sang rouge s'échappa tout à coup au dehors avec une grande violence. Introduisant immédiatement un doigt dans la plaie, M. Cazin ferma l'orifice du vaisseau qui était sans doute l'artère axillaire, pendant que M. Houzel comprimait la sous-clavière; puis nos confrères bourrèrent énergiquement la poche avec des morceaux de serviette trempées dans du perchlorure de fer et fixèrent solidement le tampon à l'aide d'une bande embrassant le moignon de l'épaule. Le sang s'arrêta

et tout danger immédiat fut conjuré. Mais que faire pour l'avenir ? C'est alors que ces Messieurs voulurent bien m'appeler auprès du malade que je vis dans la soirée suivante.

Il s'agissait très probablement d'une déchirure de l'axillaire et d'une déchirure incomplète, puisque les battements avaient été perçus dans la radiale avant l'ouverture de la poche.

L'hémorrhagie allait-elle se reproduire à la chute du tampon, c'était à craindre et d'ailleurs, la compression de l'aisselle ne pouvait être prolongée longtemps avec une pareille vigueur sans provoquer la gangrène du bras, car on ne sentait plus de battements au poignet. Le bras était froid et l'enfant souffrait beaucoup.

Je proposai d'enlever le pansement et d'aller dans la plaie à la recherche de l'artère blessée, mais, prévoyant des difficultés sérieuses, je prévins la famille de la gravité du cas et demandai mes coudées franches jusqu'à pouvoir désarticuler l'épaule si je le croyais nécessaire. Les parents effrayés et n'apercevant d'ailleurs aucun accident immédiat repoussèrent absolument toute espèce d'intervention et l'événement leur donna raison.

La compression devenue intolérable fut enlevée le troisième jour et les tampons laissés en place. Le bras se réchauffe peu à peu. Les tampons se détachèrent successivement et la plaie finit par se cicatriser comme une plaie simple.

Ce fait, Messieurs, vient s'ajouter à ceux déjà assez nombreux dans la science où les anévrysmes diffus primitifs ne donnent naissance à aucun signe spécial et sont pris pour les abcès chauds. Je vous ai moi-même relaté un fait semblable il y a quelques années. J'ouvris à la fesse un vaste anévrysme de l'artère ischiatique croyant ouvrir un abcès. Dans ces cas, l'orifice de communication du vaisseau avec la poche est très étroit, obturé par les caillots et la circulation continue à se faire dans le vaisseau intéressé, ce qui explique l'absence des battements et du bruit du souffle. Le sang filtre peu à peu entre le caillot et les bords de l'orifice.

Les choses se passent-elles toujours d'une façon aussi favorable que dans le cas de M. Houzel? Évidemment non. La poche enflammée s'ouvre spontanément, les caillots se détachent, la plaie artérielle n'étant plus comprimée fournit les hémorrhagies à répétition qui entrainent finalement la mort du malade, de telle sorte que la véritable méthode de traitement est toujours la ligature au-dessus et au-dessous de la poche préalablement ouverte.

J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à M. Houzel pour son intéressante observation, de déposer son travail dans nos archives et de l'inscrire honorablement sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

Discussion.

M. VERNEUIL. Tout est bien qui finit bien : le succès ici justifie l'abstention, mais je crois qu'il faut tenir compte de l'âge. La chirurgie conservatrice n'aurait pas, je le crains, aussi bien réussi chez un adulte, car il a fallu une complaisance bien grande du système artériel pour qu'une circulation collatérale aussi énergique pût se rétablir ; il faut bien tenir compte également du lieu où la scène s'est passée, c'était à la campagne, c'est-à-dire dans un milieu aseptique : or nous savons combien les hémorrhagies de l'axillaire ou de la sous-clavière donnent à leur suite des suppurations fétides — dans d'autres conditions moins bonnes il est à supposer que la conduite qui a été tenue n'aurait pas été suivie de succès.

Communication.

Sur une forme rare d'épididymite syphilitique,

Par M. Paul RECLUS.

Je voudrais appeler l'attention des membres de la Société sur une forme rare d'épididymite syphilitique qui, par son aspect particulier, m'en a imposé pendant plusieurs mois pour une lésion tuberculeuse. Il a fallu, pour rectifier notre erreur, la suppuration d'une gomme du testicule, le développement en d'autres points du corps, d'accidents incontestables de vérole et l'efficacité du traitement spécifique.

Un étudiant de 18 ans nous consulte, en novembre 1885, pour une tumeur dont l'apparition sur le testicule gauche remonte au commencement de juillet de la même année. A cette époque se montre un gonflement progressif qui s'accuse en août et en septembre, à l'occasion de longues courses à pied. Bien que les souffrances soient légères et passagères, notre malade, effrayé de la tuméfaction persistante de la glande, s'adresse à nous et voici ce que nous constatons sept mois après le début de l'affection.

La bourse gauche est soulevée par un gonflement qui siège sur l'épididyme envahi dans toute son étendue. Il forme une sorte de cylindre réfléchi sur le bord postérieur du testicule souple et normal ; la tumeur est de consistance ligneuse, irrégulière et bosselée ; elle englobe le canal déférent, gros et moniliforme en haut, lorsqu'il se dégage de la masse commune ; il n'y a pas trace d'hydrocèle et la prostate est saine.

Nous remarquons alors l'état chétif de notre étudiant : il est pâle, affaibli; depuis six mois il maigrit tous les jours ; il a des sueurs nocturnes abondantes ; notre ami, le Dr Raymond, qui voyait le malade avec nous, l'a ausculté avec le plus grand soin et s'il ne trouve dans le poumon aucun signe appréciable, il croit néanmoins à une tuberculose imminente que ne faisait prévoir, d'ailleurs aucun antécédent personnel ou héréditaire. Notre patient n'a pas eu d'enfance scrofuleuse et ses parents sont encore d'excellente santé.

Notre diagnostic fut porté sans hésitation : ce gonflement total de l'épididyme avec intégrité du testicule, cette tuméfaction lente et indolente, irrégulière et bosselée avec altération moniliforme du cordon chez un individu amaigri et chétif, ne pouvaient provenir que de la tuberculose. Évidemment il nous manquait l'envahissement de la prostate si fréquent en pareil cas ; mais on sait que souvent elle fait défaut, beaucoup plus souvent que nous l'avaient fait croire nos premières recherches, lorsque nous observions exclusivement à l'hôpital chez des malades presque toujours atteints très gravement ou depuis un long temps.

Du reste à quelle autre affection pouvions-nous songer ? L'intégrité du canal de l'urèthre, l'absence de blennorrhagie antérieure aussi bien que le début indolent excluaient toute idée d'épididymite par inflammation propagée. Quant à la syphilis, notre malade avait 18 ans, son premier coït avait sept mois de date et il affirmait que dans ce laps de temps il n'avait observé ni chancre appréciable, ni roséole, ni plaque muqueuse. D'autre part le sarcocèle syphilitique envahit d'abord non l'épididyme, comme dans notre cas, mais le testicule dont l'albuginée est épaissie, blindée, hérissée par des mamelons de consistance ligneuse.

Nous conseillons le séjour à la campagne, les frictions sèches, la suralimentation, l'huile de foie de morue; l'état général s'améliore, mais la tumeur reste stationnaire et le malade nous écrit en avril qu'un gonflement douloureux soulève la face interne du tibia droit. Nous ordonnons Salies-du-Béarn ; son effet est nul ; la glande spermatique grossit encore ; le scrotum adhère aux parties profondes, rougit et s'ulcère et, lorsqu'au commencement de juin, nous revoyons notre étudiant, voici ce que nous constatons :

La glande droite, saine jusqu'alors, a grossi peu à peu ; elle est aplatie d'un côté à l'autre en forme de galet placé de champ dans la vaginale distendue par une légère hydrocèle; la tunique albuginée est épaisse, indurée et parsemée de mamelons piriformes de consistance ligneuse. Une pression assez forte est nécessaire pour provoquer la sensibilité spéciale au testicule.

La glande gauche a plus que triplé de volume : épididyme et testicule sont confondus en une tumeur unique de la grosseur d'une orange : le scrotum est œdématié, d'un rouge vineux et creusé, en avant, d'une perte de substance de 2 centimètres de diamètre, à bords taillés à pic et au fond de laquelle, à 14 millimètres de la surface environ, se voit une substance jaune, bourbillonneuse qu'une pince dilacère en fragments ramollis. Il s'agissait, à n'en plus douter, d'une gomme suppurée.

Un tel aspect n'eût pas été absolument caractéristique pour les lésions scléreuses de la glande droite, et les exostoses du tibia avaient suffi à lever tous les doutes.

Je prescris l'iodure à la dose de 6 grammes par jour. A la fin de la semaine, les exostoses du tibia avaient à peu près disparu, et le testicule droit reprenait sa souplesse, sa sensibilité et son volume primitif. Quant à la glande gauche, elle diminuait moins vite; l'ulcération ne se comblait que lentement lorsque, au bout d'un mois, à propos d'un voyage en chemin de fer, éclata une véritable orchite aiguë : la bourse est douloureuse, rouge, tendue; la perte de substance s'agrandit, et, du fond du cratère, s'élève le bourbillon, bientôt à fleur de peau, puis débordant en une sorte de foyer saillant de 5 centimètres. Il se pédiculise et se détache au bout de trois jours.

Le traitement ioduré, malheureusement abandonné depuis quelque temps par le malade est repris; l'état général, un moment ébranlé, se rétablit, la perte de substance se cicatrise, la glande redevient souple, l'épididyme put bientôt s'isoler du testicule de volume et de consistance normale; il ne reste maintenant comme vestige de ces altérations profondes qu'une dépression de tissus au niveau du point où était l'ulcère, une sorte de cordon fibreux étendu entre la cicatrice et le testicule.

Cette observation soulève plusieurs problèmes; il en est un, du moins, qui nous semble résolu, c'est la suppuration possible du sarcocèle syphilitique niée encore dans la plupart de nos Traités de chirurgie. Depuis cinq ans, nous avons publié de trop nombreuses observations appuyées par les faits de Térillon, de Guyon, de Reynier, pour qu'il soit besoin d'insister à nouveau malgré les dénégations de Gosselin. Nous savons maintenant que les gommes profondes peuvent se ramollir, et le tableau clinique est alors caractéristique : il y a un ulcère plus ou moins large, mais jamais simplement fistuleux comme dans la tuberculose; il est situé, dans l'immense majorité des cas, non en arrière et en bas comme dans la tuberculose, mais directement en avant; enfin, au fond du cratère, on aperçoit une substance jaune, analogue au bourbillon de l'anthrax.

Le point vraiment intéressant de cette observation est le mode de début du sarcocèle syphilitique. Nous savons que, dans la forme vulgaire, le testicule se prend d'abord, et que, si l'épididyme est atteint, les lésions sont plus tardives et, en général, moins marquées. Dans notre cas, l'épididyme a été pris le premier. Dron, il est vrai, a décrit une épididymite d'emblée, mais elle est caractérisée par des noyaux durs, isolés, comparés à des pois secs insérés au milieu des tissus sains; dans notre cas l'infiltration était diffuse, envahissante, totale, et l'épididyme était infiltré tout entier comme il l'est souvent dans la tuberculose.

Un point, du moins, rapproche notre épididymite diffuse de l'épi-

didymite circonscrite de Dron, son développement aux jeunes périodes de la syphilis. Nous ne pouvons croire, en effet, chez notre malade, à une vérole héréditaire, latente pendant dix-huit ans, et qui se serait révélée tout à coup par des gommes de la glande spermatique ; nous admettons l'inoculation récente, lors des premiers coïts, sept mois avant l'apparition de la première manifestation spécifique. Or, à ces moments, au contraire de ce que l'on observe plus tard, la syphilis a plus d'affinité pour l'épididyme que pour le testicule. Le point sur lequel ont beaucoup insisté Fournier et Balme est incontestable ; nous reprochons seulement à ces auteurs de l'avoir trop généralisé, car les épididymites isolées sont loin d'être rares dans la vérole tertiaire.

Notre observation jette un jour nouveau sur la nature des lésions de l'épididymite secondaire. Dron, Fournier et Balme ne nous donnent aucun renseignement sur ce point et ne prononcent même pas le mot de gomme, sans doute à cause de la précocité de l'accident. On n'en est plus cependant à citer les cas de gommes déposées dans les premiers mois de la syphilis ; tous les auteurs en ont publié des exemples. Du moins, dans notre observation, le doute n'est pas possible ; la suppuration du testicule et l'expulsion du bourbillon caractéristique nous éclaire suffisamment sur la nature de l'infiltration épididymaire.

Aussi dirons-nous, et ce sera la conclusion de notre observation et des remarques qui la suivent : La syphilis, dans ses premiers mois, peut provoquer l'apparition d'une épididymite gommeuse différente de l'épididymite circonscrite de Dron par la diffusion de masses infiltrées.

Discussion.

M. Horteloup. Les observations de gomme testiculaire sont rares et même exceptionnelles, et malgré le fait qui paraît si concluant à M. Reclus, il reste un peu de doute dans mon esprit, d'abord parce que la marche de la syphilis n'est rien moins que démontrée ici, ensuite parce que l'iodure de potassium a bien mis du temps à agir et à opérer, il me semble, non sur une gomme, mais sur des accidents inflammatoires chroniques. J'ai vu bien des cas d'épididymite tuberculeuse, qui se rapprochent du fait de M. Reclus, qui ont eu une marche relativement rapide et ont présenté le *bouton doré* dont il nous a parlé.

M. Reclus. Il n'y avait aucune hésitation dans le diagnostic à poser. Quand le malade s'est présenté pour la première fois, il y avait épaississement scrotal et perte de substance avec expulsion totale de substance ou d'une gomme, dirais-je, si ce n'était pas à

une pétition de principe, et rien n'offrait l'aspect d'un testicule tuberculeux. Le traitement, au contraire, a été efficace : au bout de dix jours de traitement, les exostoses du tibia avaient disparu, et lorsque la gomme fut expulsée en totalité, il existait une altération testiculaire tout autour : peu à peu nous avons vu les parties revenir dans leur intégrité primitive, et, par conséquent, je puis affirmer la nature gommeuse du cas en question.

Lecture.

M. Quénu, chirurgien des hôpitaux, lit une observation qui a pour titre : *Laparotomie pour étranglement interne; guérison.* (Commissaire : M. Berger.)

Présentation de pièce.

M. Polaillon présente *la vessie, les uretères et les reins d'un malade chez lequel la taille hypogastrique n'avait pu être pratiquée à cause de la disposition du péritoine qui recouvrait toute la face antérieure de la vessie jusqu'au pubis.*

Dans la séance du 15 juillet dernier (p. 524 du *Bulletin*), à l'occasion d'une discussion sur la taille hypogastrique, j'ai cité un fait dans lequel je n'avais pu pratiquer cette opération, parce que le péritoine descendant jusqu'au pubis ne laissait pas de place pour inciser la vessie sans ouvrir la cavité péritonéale.

Le malade se remit promptement de cette tentative opératoire. Mais il alla en s'affaiblissant de plus en plus, et il succomba à la pyélo-néphrite dans le courant du mois de septembre pendant mon congé des vacances. Les élèves firent l'autopsie et me conservèrent les pièces anatomiques.

On voit sur ces pièces, que les parois de la vessie sont extrêmement hypertrophiées et rétractées sur un calcul de forme elliptique qui présente 56 millimètres de longueur, 37 millimètres de largeur et 30 millimètres d'épaisseur. Son poids est de 59 grammes.

Le péritoine descend sur la face antérieure de la vessie jusqu'au pubis, et l'incision abdominale de la tentative de taille hypogastrique est située au moins à un travers de doigt au-dessus du cul-de-sac péritonéal.

Les uretères sont hypertrophiés et dilatés de manière à repré-

senter le calibre de l'intestin grêle. Leur orifice au niveau de la vessie est aussi dilaté.

Les reins sont volumineux et présentent une dilatation considérable des calices et du bassinet.

L'examen de ces pièces anatomiques expliquent pourquoi la taille hypogastrique n'a pas pu être menée à bonne fin.

La vessie rétractée sur le calcul était logée derrière la symphyse du pubis. Quand on injectait du liquide dans son intérieur, elle ne venait pas faire saillie à la région hypogastrique, parce que les parois épaisses et convulsivement contractées ne se laissaient pas distendre. Où allait donc le liquide des injections, car il était facile de faire pénétrer 120 à 150 grammes?

Je suppose que ce liquide partait par l'orifice dilaté des uretères et refluait jusque dans les reins. On a vu, en effet, dans certaines néphrectomies, l'urine passer de la vessie dans l'uretère, qu'on avait omis de lier, et venir s'écouler par la plaie de la région lombaire. Un phénomène semblable se produisait certainement pendant les injections intravésicales chez mon malade.

La vessie ne pouvant se distendre et restant appliquée derrière le pubis, le ballon de Petersen établi dans le rectum et distendu par 450 grammes d'eau tiède ne parvenait pas à soulever la vessie. Il se gonflait au-dessus de la vessie, et au lieu de porter cet organe en haut, il le refoulait en bas contre le pubis.

Dans ces conditions, le péritoine affectait la disposition que l'on rencontre lorsque la vessie est vide. Il descendait jusqu'au pubis, d'où l'impossibilité d'inciser la vessie sans ouvrir la cavité péritonéale.

M. le président annonce que, dans la prochaine séance, auront lieu les élections du Bureau et le Comité secret où sera lu le rapport relatif aux travaux des candidats au titre de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
P. GILLETTE.

Séance du 23 décembre 1885.

Présidence de M. Horteloup, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend ;

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris*, par le professeur Masse (de Bordeaux);

3° *Le choléra et la peste en Perse sans les quarantaines. Le choléra dans l'Inde, ses degrés, ses variétés*, etc., par M. le Dr Tholozan, membre correspondant national;

4° L'assistance aux mutilés pauvres (*Bulletin* n° 11, octobre 1885), par M. le comte de Beaufort.

Communication.

Sur un cas de fibrome lacunaire de la mamelle chez un homme, par M. Le Dentu.

L'observation d'épithélioma de la mamelle, chez un homme, communiquée par M. Bruch (d'Alger), me fournit l'occasion de porter à votre connaissance un fait intéressant par sa rareté, et qui est peut-être unique dans la science :

Fibrome lacunaire de la mamelle chez un homme. (Observation recueillie par M. Péraire, interne du service.)

Le nommé R... (Benjamin), âgé de 57 ans, garçon meunier, né à Châtillon, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 7 mai 1885, salle Cloquet, lit 47, dans le service de M. Le Dentu, pour une tumeur du sein gauche. Cette tumeur s'est développée à l'âge de 18 ans. Sus-jacente au mamelon, elle avait d'abord le volume d'un pois.

En 1864, elle était devenue fluctuante au-dessus du mamelon. Un médecin l'avait incisée, et un écoulement séreux brunâtre consécutif avait persisté pendant trois mois.

En 1884, la tumeur a pris le volume d'une noisette. Depuis quatre mois, elle est comme un gros marron, aspect sous lequel elle se présente aujourd'hui. La peau au-dessus d'elle est lisse. Pas de traces de l'incision faite autrefois. La tumeur est mobile. Pas d'adhérences avec les tissus voisins. Pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. Le malade jouit d'une excellente santé.

Il n'a eu d'autres maladies antérieures qu'une fluxion de poitrine à 33 ans; en même temps rhumatisme articulaire aigu qui le retint deux mois au lit.

L'examen de ses différents organes ne dénote rien d'anormal.

Le malade se plaint d'une toux fréquente qu'il attribue aux poussières absorbées journellement. Il est de plus porteur de varices superficielles aux deux jambes.

Son père est mort à la suite d'un accident, et sa mère de vieillesse.

Lui s'est marié à 29 ans et a deux enfants d'une bonne santé habituelle. S'appuyant sur le développement très lent de la tumeur, sur sa consistance très ferme, sur les petites bosselures qui la parsèment, M. Le Dentu diagnostique un fibrome probablement kystique.

Opération le 13 *mai*. — Incision de 10 centimètres qui permet d'énucléer facilement la tumeur.

La plaie est réunie par six points de suture profonds au fil d'argent, et trois superficiels au crin de Florence. Pansement de Lister. Tube à demeure.

Le 13, T. soir, 37°, 4.

Le 14, T. matin 36°,6, soir 37°,4.

Le 17, on refait le même pansement, après avoir enlevé les fils de suture.

Réunion immédiate.

Le tube est laissé à demeure. Pas de suppuration. Suintement purement séreux au niveau du tube. L'apyrexie persiste.

Le 22, même pansement.

Le 25, on enlève le tube et on saupoudre de l'iodoforme au point où il était.

Le 27, cicatrice rosée linéaire.

Le 28, exeat.

Examen histologique, par MM. Balzer et Ménétrier. — La tumeur présente le volume d'un gros marron. Elle est arrondie, légèrement aplatie, de consistance ferme et égale, à surface lisse, nettement limitée et séparée du tissu cellulo-graisseux voisin par une capsule fibreuse épaisse de deux à trois millimètres et assez résistante.

En coupe, elle apparaît formée par un tissu charnu, de couleur gris rosé, dur et résistant sous le couteau, qui occupe toute la périphérie de la tumeur, et est entremêlé au centre de gros îlots de graisse. Disséminés au milieu du tissu charnu, se rencontrent un grand nombre de

petits kystes dont les dimensions varient de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

Plusieurs se présentent comme une simple fente dont les parois sont accolées ; les kystes renferment une matière semi-liquide de couleur brun café.

Au microscope, les parties charnues de la tumeur sont formées par un tissu fibreux, adulte, uniquement constitué par des faisceaux de fibres lamineuses entre lesquels on ne rencontre que de rares éléments cellulaires, et pas de fibres élastiques. De place en place, ce tissu compact est creusé de cavités généralement en forme de fentes, et tapissées par une seule couche d'épithélium prismatique ou cubique. En quelques points on voit partir de la paroi de ces kystes un bourgeon fibreux coiffé de son revêtement épithélial et qui végète dans la cavité. Mais cette disposition est généralement peu marquée. On rencontre également dispersées au milieu du tissu fibreux des cavités beaucoup plus petites, tapissées également d'épithélium cylindrique et rappelant parfaitement par leur forme et leur disposition les culs-de-sac glandulaires normaux. — En d'autres points, la tumeur est uniquement formée de tissu adipeux : — Et le tout est environné par une couche épaisse de tissu fibreux qui forme la capsule de la tumeur.

De ces divers caractères, on peut conclure que cette tumeur est un fibrome lacunaire ou kystique développé aux dépens de la mamelle rudimentaire de l'homme.

Rapport

Sur une observation de M. Peyrot, intitulée :

Cancer du corps thyroïde développé dans un goitre ancien; ablation; résection de la carotide primitive et des branches de la jugulaire interne et du nerf pneumogastrique dans toute la hauteur du cou; guérison; récidive locale et généralisation au bout de peu de jours.

Par M. Humbert.

M. Peyrot vous a communiqué récemment une observation relative à l'ablation d'un cancer du corps thyroïde. Peu de temps après l'opération, la récidive et la généralisation de la tumeur ont amené la mort. Mais la plaie était déjà cicatrisée et la malade pouvait être considérée comme guérie. C'est dire, sinon un succès au point de vue du bénéfice retiré de l'intervention chirurgicale, du moins un succès opératoire.

Les faits de ce genre, même lorsqu'il ne s'agit que d'une guérison de courte durée, sont rares et toujours bons à signaler.

Celui-ci emprunte un intérêt particulier à l'étendue des sacrifices qu'a réclamés l'extirpation de la masse totale du néoplasme ; car il n'a fallu rien moins que réséquer, sur toute la hauteur du côté correspondant du cou, la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumogastrique.

La malade de M. Peyrot était âgée de 40 ans, et avait toujours joui d'une bonne santé. Il y a neuf ans, elle avait vu apparaître, sur le côté droit du cou, au voisinage du larynx, une petite tumeur, grosse comme une noisette. Cette tumeur s'était accrue lentement, sans déterminer d'autres phénomènes qu'un peu de gêne de la respiration pendant les efforts. Il y a un an, elle ne dépassait pas le volume d'une pomme. Mais, à cette époque, elle prit tout à coup un développement plus rapide; trois nouvelles tumeurs se surajoutèrent à la masse primitive ; en même temps, les troubles respiratoires s'accentuèrent, la déglutition devint difficile, surtout celle des liquides, qui déterminaient de violentes quintes de toux ; la voix était faible et enrouée, et de vives douleurs se manifestèrent dans la région de la nuque.

Quand M. Peyrot vit la malade, la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus. Située sur le côté droit du cou, débordant à gauche la ligne médiane, étendue verticalement du sternum et de la clavicule au bord du maxillaire inférieur, elle paraissait formée de deux portions distinctes : l'une, plus rapprochée de la ligne médiane, sphérique, rénitente, accompagnant le larynx dans ses mouvements d'ascension; l'autre, située en arrière et à droite, irrégulière, mamelonnée, d'une dureté ligneuse, et se prolongeant jusqu'au voisinage du lobule de l'oreille. La carotide était refoulée en arrière, le larynx fortement dévié à gauche.

M. Peyrot diagnostique un cancer du corps thyroïde, développé dans un goitre ancien.

La malade réclamait énergiquement une opération. Les douleurs étaient devenues plus vives, au point de rendre le sommeil impossible ; la gêne de la respiration et de la déglutition augmentait, la tumeur s'accroissait de jour en jour. L'état général n'était pas mauvais, il n'y avait aucun signe de généralisation ; M. Peyrot, sous toutes réserves faites et sans méconnaître les dangers immédiats de l'opération, ni les probabilités de la récidive, se décida à intervenir.

Il avait déjà mis la tumeur à découvert et sectionné l'isthme du corps thyroïde, lorsqu'un accès de suffocation l'obligea à pratiquer la trachéotomie. Cela fait, il poursuivit la dissection et sépara la tumeur de la trachée et de l'œsophage ; mais lorsqu'il s'agit d'enlever la masse constituée par les ganglions envahis, il reconnut qu'elle avait contracté avec les gros vaisseaux des adhérences telles

qu'il était impossible de les détruire. M. Peyrot se vit donc dans la nécessité de lier la jugulaire interne au-dessus et au-dessous de la tumeur ; il lia également la carotide primitive à la base du cou, puis, sous l'apophyse mastoïde, la carotide interne et les branches supérieures de la carotide externe. Il chercha ensuite le tronc du pneumogastrique. Ce nerf était englobé dans la tumeur. Il ne restait donc qu'à le sacrifier, comme les vaisseaux. Ces organes furent réséqués, en même temps que la masse ganglionnaire, sur une hauteur de 12 centimètres.

Les suites de cette grave opération furent des plus simples, et, quatorze jours plus tard, la malade commençait à se lever ; il n'y avait eu aucune espèce d'accidents, aucun des phénomènes qu'on eût pu prévoir après une telle excision de la carotide de la jugulaire et du pneumogastrique. La plaie était presque entièrement cicatrisée. L'état général était excellent.

Mais, en même temps, une tuméfaction apparaissait au niveau de l'apophyse mastoïde, et se développait rapidement. La malade éprouvait de nouvelles douleurs, elle était oppressée ; enfin, elle s'affaiblit de jour en jour et succomba trois semaines environ après l'opération.

L'autopsie découvrit une récidive sur place, dans les ganglions du cou ; le médiastin était envahi par une masse néoplasique qui avait détruit la plèvre et gagné le sommet du poumon droit. Enfin, les deux poumons présentaient de petits nodules cancéreux sous-pleuraux. Rien dans les autres viscères.

L'examen histologique de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Les cas d'extirpation de cancers thyroïdiens sont rares; nous n'en connaissons qu'un petit nombre, que les progrès de la thyroïdectomie n'ont pas contribué à multiplier. Si l'ablation des goitres est entrée dans la pratique chirurgicale, peut-être même a-t-elle pris une extension un peu exagérée, — celle des tumeurs malignes du corps thyroïde n'est guère plus en faveur qu'à l'époque où les chirurgiens étaient unanimes à la condamner, considérant cette opération comme difficile, dangereuse et inutile.

Ces difficultés et ces dangers existent encore et existeront toujours, mais certainement à un degré moindre qu'autrefois. La trachéotomie préventive, les perfectionnements de l'hémostase, le pansement antiseptique nous permettent de conjurer bon nombre des accidents immédiats ou consécutifs auxquels les malades succombaient d'ordinaire, tantôt mourant pendant l'opération, par suffocation ou par hémorrhagie, tantôt emportés par des suppurations diffuses du cou ou du médiastin, par la septicémie aiguë.

Mais contre la récidive, contre la généralisation, malheureusement

si rapides dans les cancers thyroïdiens, nous ne sommes pas mieux armés que par le passé. C'est pourquoi les auteurs modernes sont aussi réservés que leurs prédécesseurs en ce qui concerne l'utilité de l'intervention chirurgicale. Le plus récent de nos traités classiques nous dépeint les tumeurs malignes du corps thyroïde comme au-dessus des ressources de l'art.

Cependant quelques succès ont été obtenus, j'entends des succès tels qu'on peut en espérer dans les cas de ce genre, c'est-à-dire une survie assez longue pour que les malades aient retiré un bénéfice réel de l'opération. Vous connaissez les faits de Schich, de Köcher, de Billroth; un des plus remarquables vous a été communiqué l'année dernière par M. Marchand; quinze mois après l'opération, la guérison ne s'était pas démentie. Mais ce cas était exceptionnellement favorable; la tumeur, très circonscrite, était profondément située dans l'épaisseur du corps thyroïde, à tel point qu'elle était encore enveloppée d'une couche de tissus sains. Aussi M. Marchand, au moment même d'opérer, conservait-il quelque doute sur la nature de l'affection. Dans le cas de Schich, le diagnostic était également incertain.

Ces faits prouvent que tous les cancers thyroïdiens n'ont pas une marche également rapide; il y a des formes dures qui s'accroissent lentement; enfin, il est évident que si l'on peut reconnaître ou même soupçonner une tumeur maligne à son début, on devra opérer immédiatement. Mais combien sont rares ces cas, les seuls où l'on ait de réelles chances de succès?

Est-ce à dire cependant que dans les cas de cancer confirmé, même lorsque les ganglions du cou sont atteints, et que le mal remonte à une époque assez éloignée, on soit tenu de garder une abstention systématique? Ce serait peut-être aller trop loin. L'envahissement des ganglions du cou n'implique pas fatalement celui des ganglions du médiastin; d'autre part, la durée de la maladie n'est pas une cause nécessaire de généralisation. Chez un malade opéré par M. Trélat, et dont le cancer, très développé, datait de près d'un an, il n'y avait pas trace de noyaux secondaires.

Or, quand on se trouve en présence d'un individu jeune (et c'est presque la règle), quand la santé n'est pas altérée, qu'il n'y a aucun signe de généralisation, que le malade réclame énergiquement une intervention, pourra-t-on toujours se refuser à entreprendre une opération qui n'est contre-indiquée, en somme, que par des éventualités, si redoutables qu'elles soient? Tel est le cas qui s'est présenté à M. Peyrot. Il a hésité longtemps; ce n'est qu'après un mûr examen, après avoir établi la balance des chances bonnes ou mauvaises qu'il s'est décidé à agir. Sa conduite ne saurait donc être critiquée. Si l'on a raison, d'une manière générale,

j'insiste sur les dangers et l'inutilité trop fréquente de toute intervention dans les cancers du corps thyroïde ; il y a des exceptions, des cas particuliers dont le chirurgien est seul juge, en présence des malades, et ces problèmes n'ont pas leur solution dans les livres.

Quant à la nature de l'opération, lorsqu'on se décide à intervenir, il n'y a pas lieu de s'y attarder. Il faut tenter une ablation totale ou s'abstenir. Les ponctions, les incisions, les débridements n'ont jamais fait qu'abréger la vie; ces pratiques sont d'autant plus irrationnelles que souvent les tumeurs cancéreuses du corps thyroïde restent longtemps encapsulées dans une sorte de coque fibreuse ; la meilleure chance est que cette enveloppe se rompe le plus tard possible ; c'est donc mettre les malades dans les plus mauvaises conditions que de donner au néoplasme une liberté d'expansion et de bourgeonnement qui aurait pu se faire attendre.

Un mot en terminant sur les détails de l'opération pratiquée par M. Peyrot. Dès le début, des menaces d'asphyxie l'ont obligé à pratiquer la trachéotomie. M. Trélat, dans le cas auquel j'ai fait allusion, a dû également y avoir recours pendant l'opération; cette nécessité s'est présentée plus d'une fois. Ne serait-il pas préférable, comme le conseille Rose, de faire la trachéotomie préventive ? Sans compter qu'il est difficile de préjuger de l'état de la trachée, et que, lors même qu'il existe peu ou point de phénomènes dyspnéiques, on est exposé à des accidents de suppuration dès qu'on détache la tumeur. Tels sont les cas où la trachée est ramollie ; n'étant plus soutenue par la tumeur, aussitôt qu'elle est dégarnie de celle-ci, elle s'affaisse, s'aplatit, et la suffocation est inévitable.

Quoi qu'il en soit, M. Peyrot a pu placer à temps la canule, et poursuivre son opération. Il a détaché assez facilement la tumeur, adhérente seulement dans une faible étendue à la trachée, à l'œsophage et même à la colonne vertébrale. Mais, lorsqu'il est arrivé sur le faisceau vasculo-nerveux, il l'a trouvé intimement uni à la masse ganglionnaire. Devait-il chercher à disséquer les vaisseaux, à les isoler ? non ; si l'on peut agir ainsi dans des cas de goitre simple, s'il est même permis de laisser en place une partie de la tumeur, quand les adhérences sont trop étroites, il n'en est pas de même dans les tumeurs malignes, qui non seulement adhèrent aux organes voisins, mais les envahissent et les pénètrent. Respecter ces organes, à plus forte raison laisser une partie du tissu morbide, c'est courir au-devant d'une repullulation immédiate. Si grave, si tardive que puisse paraître la résection vasculo-nerveuse faite par M. Peyrot, elle était absolument nécessaire. L'ablation d'un cancer doit porter jusqu'aux dernières limites du

mal, et l'on ne doit s'arrêter qu'en présence d'un sacrifice de nature à compromettre la vie du malade. Or, tel n'était pas le cas, et dans l'espèce même, cette tentative était d'autant mieux justifiée, que la compression exercée sur la tumeur avait préparé, en quelque sorte, la suspension de la circulation, et que le pneumogastrique était détruit. Il est même permis de supposer que c'est à l'état préalable des vaisseaux et des nerfs que la malade a dû être préservée, après l'opération, des accidents auxquels on aurait pu s'attendre.

Je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à M. Peyrot ;

2° De publier son observation dans nos bulletins ;

3° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Observation de M. Peyrot.

Cancer du corps thyroïde développé dans un goïtre ancien. — Ablation. — Résection de la carotide.

B... (Marie), 40 ans, de Jussy (Cher), cultivatrice. Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 4, le 20 juillet 1885. Service du professeur Richet, suppléé par le Dr Peyrot.

Cette femme, qui habituellement travaille aux champs, a jusqu'à cette année joui d'une santé parfaite. Elle est âgée de 40 ans, on ne trouve rien à relever dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort à 82 ans ; sa mère est encore vivante. Ses antécédents personnels sont indemnes de toute trace de scrofule ; elle a eu trois enfants qui sont tous bien portants.

Il y a 9 ans, la malade remarqua la présence d'une petite tumeur arrondie, de la grosseur d'une noisette, siégeant sur la partie latérale droite du larynx. Dès le début, cette tumeur entraîna un peu de gêne de la respiration pendant les efforts. Elle grossit d'une manière régulière sans amener d'autres troubles fonctionnels, sans jamais déterminer de véritables crises de dyspnée, et la malade ne s'en préoccupa pas autrement, étant d'un pays *où il y a beaucoup de grosses gorges.*

La maison habitée par la malade est alimentée par un puits; on n'y boit pas d'eau de source.

Il y a un an, la tumeur était grosse comme une pomme. Elle a commencé alors à grossir beaucoup plus rapidement.

Vers le mois de mai dernier, la malade remarqua qu'il s'était surajouté à la masse primitive une seconde tumeur située sur le bord droit de la première ; une troisième, puis une quatrième tumeur, ne tardèrent pas à se montrer, et elles ont acquis rapidement un volume considérable.

L'apparition et le développement rapide de ces nouvelles tumeurs préoccupèrent la malade d'autant plus qu'elles entraînèrent des troubles de la déglutition. Les aliments liquides passaient bien, mais les liquides déterminaient de violentes quintes de toux. En même temps, apparaissaient des douleurs très vives dans la nuque. Les troubles respiratoires n'étaient pas très augmentés. La tumeur grossissant toujours, la malade se décida à venir à Paris. Elle n'avait suivi chez elle aucun traitement.

La malade, de grande taille, maigre, a l'air fatigué, le teint pâle, les muqueuses anémiées.

Cependant elle ne présente aucun signe de cachexie. Elle est encore régulièrement menstruée. Toutes les fonctions s'accomplissent bien, la respiration et la déglutition seules sont gênées dans la mesure que nous avons indiquée.

La tumeur cervicale a le volume d'une tête de fœtus, elle est située presque entièrement sur la moitié droite du cou, où elle arrive au niveau d'une ligne verticale qui passerait un peu en dehors de l'oreille. Elle déborde sensiblement la ligne médiane à gauche. Dans le sens vertical, elle s'étend depuis le sternum et la clavicule jusqu'au bord du maxillaire, au voisinage du lobule de l'oreille.

Lorsqu'on palpe cette tumeur, on reconnaît aisément qu'elle est formée de deux portions dont les caractères sont très différents : la portion gauche, la plus ancienne, est régulièrement sphérique, de consistance rémittente. Elle suit faiblement le larynx dans le deuxième temps de la déglutition. La seconde partie, située en arrière et à droite, s'appuie sur la première sans se confondre avec elle. Irrégulière, formée de plusieurs lobules incomplètement séparés les uns des autres, tous d'une dureté ligneuse, elle envoie un prolongement supérieur et postérieur qui remonte jusqu'au voisinage du lobule de l'oreille. Elle ne se soulève pas avec le larynx et semble peu mobile sur les parties profondes.

Sur cette dernière portion de la tumeur, on voit serpenter la veine jugulaire externe considérablement augmentée de volume. Entre elle et la première, on sent une sorte de sangle formée par le sterno-cléido-mastoïdien. Tout à fait en arrière, on trouve aisément les battements de l'artère carotide.

Le larynx est fortement déjeté vers la gauche. Outre ce déplacement, il a subi une sorte de rotation sur son axe vertical, si bien que l'angle saillant du cartilage thyroïde est situé sur la même ligne verticale que l'angle du maxillaire inférieur du côté gauche. La voix est faible et enrouée.

M. Peyrot porte le diagnostic suivant : transformation cancéreuse d'un goitre hyperplasique folliculaire, avec envahissement des ganglions sous-sterno-mastoïdiens.

La malade fut tenue en observation une quinzaine de jours, pendant lesquels il devint évident que la tumeur s'accroissait très rapidement. Des douleurs, tous les jours plus vives, et qui finissaient par prendre un caractère d'acuité atroce, se faisaient sentir dans toute la partie la-

térale droite du cou et de la tête. La malade avait perdu tout sommeil. La déglutition des liquides devenait impossible, celle des solides très difficile. La respiration était beaucoup plus gênée. Une intervention était demandée à grands cris par la patiente. M. Peyrot répugnait à l'accorder, sachant bien que dans les cas de ce genre la propagation aux ganglions du médiastin que l'on ne saurait atteindre est de règle presque absolue. Pourtant, comme on ne trouvait aucune trace de généralisation, et que l'extirpation complète de la tumeur cervicale semblait possible, il se décida à l'opération.

Le 8 août, la malade étant endormie par le chloroforme, M. Peyrot pratique sur la région cervicale antérieure une incision en U, dont la branche gauche, dirigée suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien correspondant, ne remonte pas au-dessus de l'os hyoïde, tandis que la branche droite passe sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien droit, et se prolonge à ce niveau jusqu'au voisinage de l'apophyse mastoïde. Cette incision permet de disséquer et de relever un lambeau en tablier dans lequel sont compris le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, incisé près de ses insertions inférieures, et les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens et omoplato-hyoïdiens avec les aponévroses antérieures du cou. La tumeur est ainsi complètement découverte.

L'isthme thyroïdien étant très mince, M. Peyrot s'attaque d'abord à lui ; il sépare le lobe gauche, resté sain, du lobe droit, et commence à détacher celui-ci de la trachée avec la sonde cannelée ; mais immédiatement la malade est prise de suffocation. Elle bleuit, la respiration sifflante et humée s'arrête. Aussitôt la trachée est ouverte ; mais il est impossible d'y placer une cauule d'adulte. Après y avoir introduit le petit doigt pour la dilater, ce qui permet de constater sa déformation en fourreau de sabre, l'opérateur place enfin une canule de petit calibre. La respiration se rétablit, et l'opération peut être continuée. La tumeur développée dans le corps thyroïde fut alors attaquée en bas, puis en dehors, et séparée des ganglions qui formaient une tumeur à part. On arriva rapidement sur les vaisseaux thyroidiens inférieurs, puis supérieurs, et on les coupa entre deux ligatures. On acheva de séparer la masse de la trachée et de l'œsophage auquel elle adhérait et qu'il fallut disséquer sur une hauteur d'un centimètre et demi environ : cette première portion de la tumeur put être ainsi rapidement enlevée.

Lorsqu'il s'agit d'enlever la seconde, constituée par les ganglions cervicaux envahis, on ne tarda pas à s'apercevoir que vers la partie moyenne du cou la carotide et la jugulaire interne avaient contracté de telles adhérences avec la tumeur, qu'il était impossible de les en séparer. M. Peyrot lia alors la veine au-dessus et au-dessous de la tumeur, lia également à la base du cou la carotide primitive, et sous l'apophyse mastoïde, la carotide interne et les branches supérieures de la carotide externe. L'hémostase assurée, il chercha la tronc du pneumogastrique ; mais ce nerf même était englobé dans la tumeur et manifestement altéré. Dans ces conditions, il ne restait qu'à réséquer à la fois le nerf et les vaisseaux entre leurs ligatures. Tous ces organes

furent enlevés sur une hauteur de 12 centimètres avec la masse ganglionnaire. Comme cette dernière adhérait légèrement en haut à la face antérieure de la colonne vertébrale, on détruisit les tissus avec le thermo-cautère sur un point large comme une pièce de 50 centimes environ, après avoir assuré l'hémostase et l'asepsie de la plaie. M. Peyrot pratique dans le lambeau une boutonnière correspondant à la plaie trachéale, remplace après avoir dilaté la trachée avec l'index la petite canule par une autre de volume convenable et suture le lambeau dans presque toute son étendue. On laisse seulement une ouverture dans la partie la plus déclive pour passer une mèche de gaze iodoformée.

L'opérée conserve jusqu'au soir un peu d'hypothermie. On ne lui fait rien avaler avant quatre heures du soir. A ce moment, elle déglutit sans trop de difficulté du bouillon et du vin.

La nuit est bonne. Il ne se manifeste aucun trouble cérébral ; pas la moindre gêne de la respiration.

9 *août*. La pupille du côté droit est un peu plus étroite que celle du côté gauche ; elle n'est pas immobile et s'accommode à la distance et à la lumière. La température est de 38°,4, l'état général très satisfaisant. — Le soir, T. 38°,8.

10 *août*. 1er pansement. La mèche de gaze est remplacée par une autre plus mince. De la sérosité sanguinolente s'écoule en assez grande abondance. Sur le bord gauche du lambeau, il semble qu'il s'en soit accumulé une certaine quantité qui ne s'écoule point. On défait deux points de suture à ce niveau.

Comme on l'avait fait au moment de l'opération, on fixe la canule sur les premières pièces du pansement avec du collodion, de façon à ce que les liquides de la trachée ne souillent pas la plaie. La température s'élève un peu le 13 et le 14, de façon à atteindre le soir 38°,6. Dans la suite elle n'a jamais dépassé 38 degrés.

La malade commence à manger ; ses forces se relèvent ; cependant le 18 août elle se plaint d'un peu de gène dans la respiration. On constate l'existence d'une bronchite probablement consécutive à la trachéotomie.

20 *août*. La plaie est à peu près cicatrisée ; on procède à l'ablation de la canule, qui se fait sans le moindre incident, la malade respirant aussi bien après qu'avant.

22 *août*. Quatorze jours après l'opération, la malade commence à se lever. Son état général est excellent. Cependant, au-dessous de l'apophyse mastoïde à droite, se remarque un léger gonflement qui, sur une étendue de 2 ou 3 centimètres dans tous les sens, soulève la peau au niveau de la cicatrice. En trois ou quatre jours, cette tuméfaction triple de volume, et il est bientôt facile de voir qu'il s'agit d'une récidive locale.

28 *août*. La malade paraît beaucoup plus oppressée. On ne trouve pourtant pas d'autres signes par la percussion ou l'auscultation que ceux d'une bronchite. La malade est plus faible ; elle se plaint de nouveau de douleurs irradiées dans la tête.

Les accidents marchent à partir de ce moment d'une façon foudroyante. L'affaiblissement fait de tels progrès que le 30 août la malade garde le lit. Le 2 septembre, elle est dans un état semi-comateux, et elle succombe dans la nuit du 2 au 3.

A l'autopsie, une incision faite dans la cicatrice permet de reconstituer le lambeau. Lorsque celui-ci est relevé, on trouve sous lui une masse néoplasique qui envoie un prolongement en bas et à droite du côté du médiastin. Ce prolongement englobe l'artère et la veine sous-clavière et gagne, à travers la plèvre détruite à ce niveau, le sommet du poumon droit. — Outre cette récidive locale, avec propagation directe au poumon droit, on trouve dans le poumon gauche, aussi bien que dans le droit, des petits nodules sous-pleuraux, blancs, durs, qui ne sont autre chose que des nodules cancéreux. Il y a donc à la fois récidive locale, propagation aux parties voisines et généralisation.

La trachée a repris à peu près sa forme normale. La plaie trachéale est cicatrisée ; les cartilages ont leur consistance habituelle ; le larynx est sain.

Pas de tumeurs secondaires dans le foie, la rate, ni les reins.

L'examen de la pièce, fait par le Dr Remy, a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome. Le pneumogastrique, examiné histologiquement, a été trouvé complètement altéré, ce qui explique l'absence de tout symptôme consécutivement à son ablation.

Rapport.

Inversion utérine datant de 13 ans. — Ablation par la ligature à traction élastique (procédé de M. Charles Périer). — *Guérison*, par M. Defontaine (du Creusot).

Par M. F. Terrier.

Cette intéressante observation nous a été présentée par mon ancien interne, aujourd'hui médecin en chef du Creusot, M. le Dr Defontaine, et j'ai été chargé d'en rendre compte à la Société. Voici le fait :

Mme B..., 35 ans, accoucha en 1872 et fut malade 3 mois après cette couche. Accidents éclamptiques. Depuis cette époque, pertes abondantes et répétées. Le 15 octobre 1881, croyant à l'existence d'un polype, on appliqua l'anse de la chaîne de l'écraseur autour d'une tumeur intra-vaginale ; toutefois le chirurgien s'apérçut à temps qu'il s'agissait d'une inversion utérine et s'arrêta.

C'est en août 1884 que le Dr Defontaine examina la malade pour la première fois. Dans le vagin, existait une masse piriforme, descendant jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la vulve ; cette tumeur pouvait être

facilement contournée avec le doigt, qui, pénétrant profondément, rencontrait autour de la partie supérieure de la tumeur le bord aminci du col utérin. Entre le col de la tumeur, le doigt s'engageait dans un sillon ou cul-de-sac d'un centimètre à un centimètre et demi de profondeur.

La tumeur, un peu molle, offrait une surface sensible au toucher et saignant abondamment au moindre contact. En résumé, le diagnostic d'inversion utérine incomplète était évident et s'imposait.

Ce ne fut qu'en juin 1805 que M. Defontaine commença à soigner Mme B..., fort affaiblie par des pertes continuelles.

La réduction manuelle par le procédé du taxis latéral ne donna lieu qu'à une perte de sang et à des douleurs vives, sans l'ombre de réduction de l'inversion.

Deux essais, à l'aide du pessaire de Gariel, gonflé et laissé à demeure, suivant le procédé de Tyler Smith, ne réussirent pas mieux. Une première fois le pessaire resta six jours en place, la deuxième fois, quatre jours seulement. Ce double essai, avait provoqué des hémorrhagies et des douleurs vives ; en outre, il y eut de la rétention d'urine.

M. Defontaine se décida à intervenir plus efficacement en tentant l'ablation de l'utérus inversé, par la ligature élastique, suivant l'excellent procédé de notre collègue et ami M. Ch. Périer.

L'opération fut faite le 13 août 1885. Désinfection du vagin et de l'utérus avec une abondante injection de solution au sublimé. Anesthésie au chloroforme après une injection sous-cutanée préalable d'une solution de morphine et d'atropine ?

Une valve de Sims est introduite dans le cul-de-sac postérieur, puis, guidé par le doigt, le pédicule de l'utérus inversé fut saisi et abaissé à la vulve avec la pince de Tenneson placée à quelques millimètres du bord tangible du col. Cet abaissement, très facile, rend facilement accessible le point où l'on se propose d'appliquer la ligature.

A ce moment, M. Defontaine remarque que le bord du col inversé se continue sans ligne de démarcation avec les culs-de-sac du vagin ; l'inversion incomplète s'est donc, par cette traction, transformée en inversion complète.

Un gros cordonnet en soie est placé autour de l'utérus, immédiatement au-dessous des mors de la pince, et les chefs en sont passés dans l'œil du serre-nœud à crans de Ch. Périer.

« Puis, dit l'auteur, je fais un nœud serré, mais la première torsion du nœud se desserre un peu au moment où je serre la seconde. A un centimètre et demi de ce premier nœud, je fais un triple nœud, formant avec le premier une maille par laquelle je passe deux tubes non fenêtrés de caoutchouc rouge de 5 millimètres de diamètre.

« Chacun de ces tubes est transformé en anneau par la ligature de deux bouts faite avec un cordonnet de soie, enroulé et noué autour d'eux, pendant qu'un aide les tient accolés l'un à l'autre et assez fortement tendus. Ces deux anneaux mesuraient sans traction, l'un 5, l'autre 7 centimètres de longueur. »

Ils sont accrochés, l'un au premier, l'autre au troisième cran de la crémaillère.

La partie de l'utérus, qui est située au delà de la ligature a 7 centimètres de long, on la réduit après avoir enlevé la pince, et le serre-nœud pénètre alors dans le vagin jusqu'aux premiers crans.

Nouvelle injection antiseptique, et des compresses imbibées de solution de sublimé sont placées sur la vulve.

Les accidents primitifs furent d'assez abondants vomissements porracés. Le soir, il y eut un peu de sommeil. Pas de douleurs de ventre. Température et pouls normaux.

A l'aide d'un crochet à bottines, M. Defontaine fait passer l'anneau de caoutchouc du 2e au 6e cran. Nouveaux vomissements pendant la nuit.

14 *août*. T. 37°,7. P. 90, pas de symptômes du côté du ventre. Diète absolue, même état des liquides.

15 *août*. — T. 37°,7. P. 80. État nauséeux persistant. Ventre indolore. Même état les 16, 17 et 18 août.

19 *août*. On avance de deux crans l'anneau de caoutchouc.

20 *août*. Insomnie, agitation. Une selle abondante avec expulsion de gaz ramène le calme. T. 37°,5. P. 80.

25 *août*. Douleurs dues à la constipation, et combattues par des lavements évacuateurs. Injection vaginale. L'anneau de caoutchouc est porté au dernier cran.

28 *août*. Le second anneau de caoutchouc est porté au 7e cran, ce qui provoque une assez vive douleur. Nuit agitée. Douleurs intestinales. Garde-robe.

31 *août*. Le second anneau de caoutchouc est porté au dernier cran.

1er *septembre*. M. Defontaine imprime au serre-nœud quelques mouvements de torsion et lui fait faire presque deux tours sur son axe. Il se produit un léger craquement. Puis, par un mouvement de torsion inverse, le serre-nœud est ramené à sa position primitive. Le soir, la tumeur et le serre-nœud se détachent spontanément.

2 *septembre*, 21e jour qui suivit l'application de l'appareil, M. Defontaine trouve le serre-nœud presque sorti du vagin et le retire facilement ainsi que la tumeur, qui tenait à l'instrument par quelques fils de son pédicule. Il n'y avait là aucun caractère que donne Denucé[1], sur le cône régulier qu'on trouve au-dessus de la ligature et qui correspond à la portion vivante du pédicule dont elle se sépare par élimination naturelle lors de la cicatrisation des parties. La tumeur était molle, mais très bien conservée ; on y remarquait deux faces : l'une, extérieure, irrégulière, tomenteuse, c'était la face muqueuse ; l'autre, intérieure, était lisse, polie, et n'était autre que la surface péritonéale, d'ailleurs libre de toute adhérence, malgré l'ancienneté de la lésion. Sous cette séreuse, se dessinent, sous forme de cordons volumineux et d'aspect charnu, les deux trompes. Celles-ci, placées en des points diamétralement opposés, vont

[1] *Traité clinique de l'inversion utérine*. 1 vol., Paris, 1884.

de la circonférence où la section a porté à une faible distance du fond de la cavité séreuse, pour s'y perdre dans le tissu utérin.

La malade put se lever le 25e jour, soit le 6 septembre.

Je l'examinai avec mon confrère et ami M. Defontaine, vers le 18 septembre, et je pus constater que le col avait si bien repris son aspect normal, qu'il était impossible de soupçonner la perte de la plus grande partie de l'utérus subie par cette femme, dont la santé était parfaite.

M. Defontaine fait suivre cette très intéressante observation de remarques fort judicieuses. Il conseille de saisir la tumeur avec les pinces, juste au-dessous du point où l'on veut faire la ligature, et d'éviter toute traction sur la pince, afin de ne pas transformer en complète une inversion incomplète. D'ailleurs, croyons-nous, cet accident n'aurait pas une importance capitale et n'influerait que peu sur la reproduction d'un col d'aspect normal, une fois l'opération terminée et réussie.

La ligature avec le cordonnet en soie a un grave inconvénient, que nous avons déjà signalé à propos de l'ablation de l'utérus par le vagin; elle se desserre au moment où l'on fait le deuxième nœud. C'est ce qui est arrivé à M. Defontaine, aussi conseille-t-il, soit de faire le nœud du chirurgien — qui n'est pas alors facile non plus à serrer — soit mieux, croyons-nous, de se servir d'un fil de soie très fort.

Pour éviter les inconvénients de cette ligature, qu'il avait faite insuffisante, M. Defontaine a utilisé non pas un seul, mais deux anneaux de caoutchouc. De cette façon, il pouvait augmenter la puissance de sa traction.

La seconde anse, jouait en outre le rôle d'une anse de sûreté, au cas où la première eût été insuffisante, ou bien eût cédé.

De ce fait particulier, M. Defontaine conclut à la généralisation de son procédé, à savoir le placement de deux anses de caoutchouc au lieu d'une seule; nous n'y voyons, quant à nous, que des avantages et nul inconvénient. En tout cas, M. Defontaine ne propose pas, comme M. Denucé, de remplacer le fil inextensible de la ligature du col par un fil élastique, ce qui ne nous paraît pas trop rationnel, étant donné le mode d'action de la ligature inextensible.

Enfin, en terminant, l'auteur fait remarquer que malgré le long temps qui s'est écoulé depuis le début de l'inversion jusqu'à l'opération, soit 13 ans, la surface péritonéale de l'utérus inversé était intacte et non adhérente. La cavité du péritoine devait donc être fatalement ouverte pour enlever la tumeur.

Tout en se déclarant fort satisfait du procédé de M. Périer, qu'il a utilisé, M. Defontaine se demande si, vu la possibilité d'obtenir une asepsie parfaite du vagin, on n'en reviendra pas à l'ablation

rapide de la tumeur, ne craignant plus la péritonite. Le fait est possible, mais il resterait encore la question de l'hémorrhagie, et dans cette dernière hypothèse, l'ablation totale avec ligature des ligaments larges pourrait être indiquée, ce nous semble.

Nous vous proposons d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail aux archives de la Société.

Discussion.

M. Guéniot. M. Defontaine a éprouvé de la difficulté pour serrer le second nœud, parce qu'il s'est servi de soie ; c'est ce qui nous arrive également pour le cordon ombilical quand on n'emploie pas de fil ciré ; on s'expose alors, quand on a serré le premier nœud, à le voir se desserrer au moment où on fait le second. Il faut toujours cirer les fils : on évite ainsi cet inconvénient.

M. Tillaux. Les cas de cette nature ne sont pas très communs. J'ai opéré, l'année dernière, également par le procédé de M. Périer, une femme de la Nièvre, atteinte d'inversion utérine consécutive à un accouchement et qui avait occasionné de violentes hémorrhagies ayant fort affaibli la malade. Le résultat fut satisfaisant, j'ai revu la malade et la guérison se maintient parfaite : l'observation aurait été présentée à la Société, si M. Périer ne me l'avait pas réclamée pour lui.

M. Polaillon. J'ai enlevé deux fois l'utérus inversé par le procédé de M. Périer.

Dans le premier cas, l'inversion était totale, et aurait été produite par un polype inséré sur le fond de l'utérus. J'ai présenté l'utérus enlevé à la Société, le 13 juillet 1884. (*Bull.*, p. 647.)

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 28 ans, Émilie Saint-Pl..., qui portait une inversion incomplète à la suite d'une couche, qui avait eu lieu vingt mois avant mon examen. On avait pris la tumeur qui faisait saillie à travers les lèvres du col pour un polype. Je reconnus l'erreur, et j'appliquai le serre-nœud à traction élastique sur le pédicule de la tumeur, au ras du col utérin. Le serre-nœud tomba au bout de quinze jours en entraînant une petite masse d'un tissu ressemblant à de l'étoupe mouillée. Aucun accident pendant la durée de la section, ni après. Le col se reforma complètement, et l'examen au spéculum n'aurait pu faire supposer que le corps de la matrice avait été amputé. Ayant eu l'occasion de revoir cette opérée, plusieurs mois après son opération, j'ai constaté qu'elle avait engraissé d'une manière notable. Les règles n'auraient pas reparu, mais d'ailleurs les fonctions sexuelles n'avaient pas subi d'autre altération.

M. Delens. Le temps qu'a mis la tumeur opérée par M. Defontaine pour se détacher me paraît avoir été un peu long. Je n'ai pas employé la ligature élastique sur l'utérus, mais dans d'autres circonstances, et c'est habituellement vers le huitième jour que le pédicule est sectionné.

M. Trélat. Puisque mes collègues rapportent les observations antérieures relatives à cette question, je rappellerai que j'ai déjà communiqué un cas d'opération d'utérus inversé que j'ai pratiquée à Necker, il y a quatre ans, avec l'outillage de M. Périer. L'instrument, une fois appliqué, a déterminé le ratatinement de la tumeur, qui tomba au bout de onze jours. La guérison fut complète. Dans ce cas, il s'agissait d'une inversion, on peut le dire, totale, bien qu'il restât un petit anneau du col. Un phénomène très curieux se produisit ultérieurement : la femme n'eut plus ses règles ; mais de maigre et fluette qu'elle était, elle se transforma en une personne grasse, énorme même ; le résultat opératoire était aussi satisfaisant que possible, mais l'obésité avait suivi rapidement. Au moment de mon opération, j'avais des pinces qui ne m'avaient pas paru commodes ; lorsque le volume de la masse est considérable, l'application et la persistance en place de l'instrument n'offrent pas d'inconvénient ; mais quand la tumeur est de moyen volume, elle n'est pas assez résistante et les pinces glissent ; j'avais projeté d'en faire construire d'analogues à celles que M. Terrier nous présente aujourd'hui et munies de petites dentelures à leur intérieur.

M. Pozzi. J'ai observé un cas absolument semblable à celui de M. Trélat dans un fait d'utérus inversé qui en avait imposé pour un corps fibreux. Après guérison, la malade cessa de revoir ses règles et fut prise d'obésité précoce.

M. Terrier. Pour les chirurgiens qui font de l'antisepsie, le fil ciré est prohibé, et je ne l'emploie jamais quand j'ai à agir sur un utérus que je laisse ou que j'enlève ; je connaissais très bien les cas rappelés par MM. Tillaux, Polaillon et Trélat. M. Delens fait remarquer que le fil a mis trois semaines à tomber ; c'est justement parce que ce fil était insuffisamment serré et qu'il a fallu attendre que la tuméfaction de la masse lui permît d'agir, que la chute a eu lieu au bout de trois semaines au lieu de quinze jours. Quant à la question d'obésité, elle est loin d'être élucidée : cela varie suivant les individus et suivant les espèces : il est des espèces animales qu'on peut engraisser, il en est d'autres qui n'engraissent jamais à la suite de l'opération ; ce sont des résultats sur lesquels il est impossible de donner aucune interprétation.

M. Trélat. Le fait d'obésité que j'ai signalé est unique en ce qui

me concerne, M. Pozzi en a vu un autre, mais en tout cas je ne crois pas que ce phénomène soit aussi individuel que veut bien le dire M. Terrier, et ce qui me fait parler ainsi, c'est que chez ma malade ce changement, cet engraissement a été si rapide, si subit même, qu'il m'a frappé comme conséquence immédiate et que cette femme est venue en quelque sorte me dire : « L'opération que vous m'avez faito a très bien réussi, mais j'ai trop engraissé, et je vous prie de me remettre dans mon état primitif. »

Autre chose : dans la constitution de la race anglaise de *Durham*, on mettait à mort toutes les vaches devenant très grasses, puisqu'en les gardant on serait arrivé à la suppression de cette race, car l'engraissemont équivalait à l'infécondité.

M. Terrier. Je connais l'histoire de la race Durham, mais les vétérinaires ont rencontré le contraire, c'est-à-dire des vaches inféconde et maigres. Il est un fait d'observation que certaines races engraissent et d'autres, même après l'extirpation des organes génitaux, ne peuvent être engraissées. Je pense donc que MM. Trélat et Pozzi sont tombés sur des cas spéciaux. Il y a beaucoup de femmes qui ne présentent pas l'obésité en question, malgré l'ablation de l'utérus et de ses annexes. C'est là une question complexe. N'engraisse pas qui veut, même après la suppression des organes génitaux externes.

M. Trélat. Il y a peut-être une distinction à faire entre les conséquences de l'ablation de l'utérus seul et celle de cet organe conjointement avec les ovaires.

Les conclusions proposées par M. le rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

De la tension dans les abcès tuberculeux. — Élévation de cette tension dans les abcès symptomatiques de la coxalgie lorsqu'on traite cette affection par la méthode de l'extension continue, par M. Lannelongue.

Messieurs, je viens vous soumettre le résultat de quelques recherches sur la tension des abcès tuberculeux et sur les modifications que subit cette tension dans le groupe des abcès symptomatiques de la coxalgie en particulier, lorsqu'on emploie comme méthode de traitement l'extension dite continue.

Au premier abord, ces recherches d'ordre expérimental n'ap-

paraissent que comme une curiosité; il semble qu'il y ait une médiocre importance à savoir le degré de tension de ces collections, à fixer les variations de cette tension suivant que la poche est dans les membres ou sur le tronc, superficielle ou profonde, en communication ou non avec une articulation malade. Et pourtant cette notion par elle-même n'est pas sans intérêt, puisqu'elle nous apprend qu'en général la tension des abcès tuberculeux est supérieure à celle du sang veineux; mais cette notion acquiert une tout autre importance en établissant que l'extension continue augmente la tension des abcès symptomatiques des membres, ce qui revient à dire qu'elle joue à l'égard de ces abcès le rôle d'un agent de compression, et qu'à ce titre elle peut et doit favoriser leur résorption. Dans l'exposé qui va suivre, les faits expérimentaux sont répartis en trois groupes :

1° Calcul de la tension dans les abcès en général, abcès des membres et du tronc;

2° Calcul de la tension dans les abcès du membre inférieur soumis à l'extension continue;

3° Calcul de la tension de la vapeur d'éther à la suite d'injections d'éther iodoformé.

Toutes ces expériences ont été faites avec l'hémodynamomètre de Ludwig, modifié par Carville et Rochefontaine.

I. — *Tension des abcès en général.*

Elle a été prise chez six sujets atteints de coxalgies avec abcès, et dans trois autres cas : abcès d'origine fémorale sans communication avec le genou, abcès thoracique d'origine costale, abcès d'un mal de Pott dorsal. Voici le détail de ces faits :

1° Coxalgie gauche, abcès crural externe de moyen volume, très tendu (Denonvilliers, 35). Tension, 2 centimètres de mercure.

2° Coxalgie, abcès crural externe (Giraldès, 5). Tension, 2 centimètres.

3° Coxalgie droite (Giraldès, 23). Tension, 15 millimètres.

4° Coxalgie ancienne; luxation spontanée; gros abcès crural externe. Tension, 15 millimètres (chroniques, garçons, 6).

5° Coxalgie; abcès volumineux, crural externe (Bouvier, 54). Tension, 15 millinètres.

6° Coxalgie droite; tumeur blanche du genou du même côté; abcès crural externe de médiocre volume (Bouvier, 40). Tension, 22 millimètres.

7° Abcès d'origine fémorale, périarticulaire (Giraldès, 30). Tension, 12 millimètres.

8° Abcès thoracique, d'origine costale. L'enfant crie et se débat (Giraldès, 27). Tension, 5 centimètres.

9° Mal de Pott dorsal; abcès externe (Giraldès, 2). Tension, 3 centimètres (à l'état de repos), 4 centimètres pendant les cris.

Tension moyenne. — Dans sept de ces cas, la tension a varié entre 12 et 22 millimètres; si nous en déduisons une moyenne, nous voyons qu'elle est de 17 millimètres. Dans deux autres cas, elle s'est élevée à 3 et à 5 centimètres; il est facile de comprendre que le jeu de la poitrine, les efforts et les cris augmentent la pression des abcès du tronc, et surtout du thorax.

Il n'est pas sans intérêt de comparer cette tension moyenne des abcès tuberculeux de 17 millimètres avec les tensions sanguines. La tension artérielle est de 14 à 15 centimètres; la tension veineuse de 1 à 2 centimètres suivant les régions; la tension des abcès froids est donc sensiblement égale à celle du sang veineux.

II. — *Tension dans les abcès symptomatiques de la coxalgie pendant l'extension continue.*

Antérieurement à ces expériences, on avait fait quelques recherches sur les modifications de la pression dans la cavité articulaire de la hanche, sous l'influence de l'extension continue. Kœnig, expérimentant sur une hanche sans liquide, mettait la cavité articulaire en communication avec une seringue remplie d'un liquide coloré; au moment de l'extension, le liquide baissait dans la seringue; d'où Kœnig concluait à une diminution de la pression articulaire. Ranke et Reyer sont arrivés à des conclusions opposées, et ont vu que lorsqu'il existait déjà une pression positive dans l'articulation, c'est-à-dire lorsque cette articulation renfermait du liquide, l'extension avait pour effet d'augmenter cette pression.

Mais je ne sache pas qu'on ait fait des expériences semblables pour les abcès tuberculeux.

Nous avons procédé de la manière suivante : la tension était d'abord établie sans traction, puis, la canule restant à demeure dans la cavité de l'abcès, on soumettait le membre sans secousse à une traction de 3 kilogrammes, et l'on examinait le chargement survenu dans la courbe de l'appareil enregistreur.

Sur huit expériences faites dans ce but, deux ont échoué pour raisons tenant à l'appareil. Voici le résumé de celles qui ont été menées à bonne fin.

1° Abcès coxalgique dont la tension avait été précédemment évaluée à 15 millimètres.

Tension pendant la traction, 16 millimètres (Giraldès, 23).

2° Chroniques, garçons 6, abcès de même origine.

Tension sans traction............	15 millimètres.
Tension pendant l'extension.......	16 —

3° Abcès coxalgique (Bouvier, 40).

Tension sans traction............	22 millimètres.
Tension avec traction............	22 —

4° Abcès de même nature (Bouvier, 54).

Tension sans extension..........	15 millimètres.
Tension avec extension..........	16 —

5° Coxalgie (Denonvilliers, 35). Tension déjà prise antérieurement.

Tension sans traction............	12 millimètres.
Tension avec traction............	16 —

6° Coxalgie (Giraldès, 35). Tension également prise antérieurement.

Tension sans extension..........	4 millimètres.
Tension pendant l'extension.......	7 —

En résumé, nous voyons que sur ces six faits un seul résultat est nul; dans trois, la tension est augmentée de 1 millimètre, par le fait de l'extension; dans deux autres, elle est augmentée de 3 et de 4 millimètres. La courbe de ces deux derniers faits est tout à fait démonstrative.

III. — *Tension de la vapeur d'éther.*

Comme je cherche en ce moment la valeur des injections d'éther iodoformé dans la cure des abcès froids, suivant la méthode récemment préconisée en France par M. Verneuil, j'ai été amené à mesurer la tension de la vapeur d'éther quelques minutes après l'injection. Dans les deux cas suivants, la tension a été prise au bout de dix minutes.

1° Coxalgie. Énorme abcès de la cuisse, injection de 55 grammes de la solution à 5 0/0 (Denonvilliers, 12). Tension, 5 centimètres.

2° Tumeur blanche du genou. Abcès sous-tricipital de moyen volume. Tension, 8 centimètres.

Enfin, j'ai eu l'occasion de mesurer avec une fine canule la tension dans une méningocèle avant de pratiquer l'opération. La poche

était peu tendue, en partie seulement réductible. Tension, 4 millimètres. L'opération a prouvé qu'il existait une communication très incomplète; une hernie cérébrale oblitérait presque entièrement l'orifice de communication.

Réflexion. — Pour en revenir à la tension des abcès froids, il n'y a pas lieu de s'étonner outre mesure de la tension relativement grande qu'ils présentent. Les causes de cette tension résident dans la richesse des vaisseaux artériels qui cheminent dans la paroi ou au voisinage, et dans la résistance que les tissus extérieurs à l'abcès offrent à son développement, à sa poussée vers le dehors. Les variations de cette tension, révélées par les expériences, s'expliquent par les changements de volume de la poche, par les modifications du liquide contenu et de la paroi elle-même. Il est également facile de savoir la raison de l'élévation de la pression par l'extension; elle est due à l'aplatissement, à la diminution de la masse, à la compression de la poche, en un mot, par l'allongement et l'élasticité des tissus qui entourent l'abcès.

Quoi qu'il en soit des explications, le résultat acquis est important et manifeste; le fait de l'augmentation de tension des abcès par l'extension continue n'est plus une simple assertion, il est passé à l'état de notion vérifiée et démontrée.

Discussion.

M. Berger demande si M. Lannelongue a expérimenté sur les abcès phlegmoneux.

M. Lannelongue répond négativement. Cependant, dit-il, *a priori*, je suppose que la tension doit aussi y être plus considérable.

Lecture.

M. le Dr Guerlain, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, à Boulogne-sur-Mer, communique une observation de *taille hypogastrique*, pratiquée par lui avec succès chez un enfant de 8 à 9 ans pour un gros calcul vésical.

Il présente également un énorme calcul vésical provenant d'un jeune homme de 26 ans, mort de pyélo-cystite quelques jours avant la taille sus-pubienne, que M. Guerlain se proposait de pratiquer.

Commissaire : M. Nepveu.

Présentation de malade.

Par M. le D[r] Terrillon.

Fibro-sarcome volumineux de la paroi abdominale, proéminant beaucoup du côté du bassin. — Ablation, sans ouverture du péritoine, malgré une dissection difficile. — Guérison.

M[me] M..., âgée de 27 ans, grasse et bien portante. Elle a eu un enfant il y a 3 ans. Aucun antécédent héréditaire. Au mois de novembre 1884, elle s'est aperçue d'une petite tumeur de la grosseur d'un petit œuf, située dans la paroi abdominale au-dessus de l'aine, vers l'épine iliaque antérieure droite. Ne donnant ni gêne ni douleur, cette tumeur augmenta progressivement.

Vers le sixième mois, la tumeur devint gênante, douloureuse, et, après quelque temps, elle empêcha la malade de vaquer à ses occupations de journalière.

La tumeur, au mois de novembre, quand elle entra dans mon service à la Salpêtrière, avait le volume d'une tête d'adulte.

Elle faisait une saillie peu prononcée sur l'abdomen, mais, par le palper, on constatait qu'elle était très grosse, oblongue dans le sens transversal, et paraissait plonger dans le bassin et la fosse iliaque. Les limites assez nettes étaient, en bas, l'arcade de Fallope, dont elle était séparée, et l'épine iliaque supérieure, à laquelle elle adhérait un peu. En haut, elle remontait jusqu'à la ligne ombilicale. En dedans, elle semblait dépasser la ligne blanche. Enfin, en dehors, elle venait s'appuyer contre la crête iliaque. La peau mobile était couverte de vergetures et une couche de tissu adipeux mince la séparait de la tumeur.

Celle-ci était dure, consistante comme du fibrome et légèrement bosselée. Mobile, quand la paroi abdominale était relâchée, elle devenait immobile et fixée par la contracture musculaire. Ses diamètres étaient de 25 centimètres dans son diamètre vertical et 35 centimètres dans son diamètre transversal.

Le toucher vaginal ne donnait aucune indication; cependant, en déprimant fortement le cul-de-sac latéral droit, et en refoulant en même temps la tumeur du côté du bassin, on arrivait à la saisir entre les deux mains.

Aucun trouble de la santé générale ni du tube digestif.

Le diagnostic était facile.

Il s'agissait d'un fibrome de la paroi abdominale, en connexion avec les muscles et aponévroses, et avec l'arcade de Fallope et l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La seule chose inconnue et inquiétante était l'intimité de ses connexions avec le péritoine. Il paraissait certain que cette membrane était refoulée en arrière, coiffant la tumeur qui prédominait dans la

région du bassin et que, probablement, elle devait préserver des adhérenees assez intimes avec elle.

Cela constituait done une certaine crainte au point de vue des difficultés d'une ablation radicale, et aussi des suites de cette opération.

On connaît, en effet, des cas semblables dans lesquels le péritoine. très adhérent, a été enlevé, dans une large étendue, en pratiquant l'ablation de ces tumeurs.

L'opération fut pratiquée le 28 octobre avec l'aide de MM. Monod et Schwartz. Nous nous étions entourés de toutes les précautions qu'on emploie généralement pour l'ovariotomie dans la crainte d'être obligé d'ouvrir largement le péritoine.

L'incision parallèle à l'arcade de Fallope commençait, en dehors de l'épine iliaque, pour dépasser la ligne blanehe.

Le grand oblique, aminci fut facilement reconnu et sectionné, puis le petit oblique dont les fibres amincies, dissociées, adhéraient à la surfaee de la tumeur. Celle-ci fut difficile à séparer des parties voisines et on fut obligé de faire un grand nombre de ligatures.

Elle adhérait, par un prolongement fibreux, épais, à la partie externe de l'arcade de Fallope et à l'épine iliaque antérieure.

Lorsque la surface extérieure et ses bords latéraux furent isolés complètement des parties voisines, je commençai à la dégager de la membrane péritonéale à laquelle elle semblait adhérer d'une façon intime. Cette séparation fut très difficile et nécessita une dissection très minutieuse.

Je fus même obligé de laisser dans certains points quelques morceaux de la tumeur adhérente afin de les disséquer plus à l'aise lorsque la masse de la tumeur fut enlevée. A force de patience, je parvins à enlever la totalité de la tumeur sans perforer le péritoine. Celui-ci, isolé dans une étendue de près de 30 centimètres earrés, était très mince, et le tissu cellulaire qui le double n'existait plus.

J'ajouterai qu'au-dessus de l'arcade de Fallope la tumeur avait tellement refoulé le péritoine, que la dissection avait porté dans le voisinage immédiat de l'artère et de la veine iliaque externe.

Malgré le volume considérable de la tumeur, j'avais donc été assez heureux pour ne pas ouvrir la séreuse. Je dois ajouter, eependant, que cette ouverture n'est pas toujours dangereuse quand on prend les précautions antiseptiques nécessaires. J'ai enlevé, il y a deux ans, chez une jeune femme, une tumeur semblable mais beaucoup moins volumineuse et chez laquelle l'union était tellement intime que je dus réséquer une portion de cette membrane. Les bords de la séreuse furent réunis par des sutures au catgut et la malade guérit dans d'excellentes conditions.

Pour terminer l'opération, je plaçai deux tubes à drainage volumineux contre le péritoine. Des sutures au catgut complétèrent la réunion.

Les suites de l'opération furent très simples, sauf que la réunion par première intention ne fut pas eomplète partout, à eause d'un

petit épanchement sanguin dans la profondeur de la plaie. La guérison fut seulement retardée par un peu de suppuration.

La tumeur qui s'était développée d'une façon évidente aux dépens du muscle transverse était constituée en grande partie par du tissu fibreux fasciculé très dur, mais elle contenait, par place, du tissu sarcomateux. Son poids était de 5 kilogrammes.

Cette observation m'a semblé intéressante à publier pour plusieurs raisons :

La tumeur fibro-sarcomateuse proéminait davantage du côté de la cavité abdominale qu'à la surface de la paroi. Elle semblait devoir être intimement unie au péritoine par sa face profonde, et cependant cette membrane pût être conservée dans son intégrité complète, grâce à une dissection minutieuse.

Il est impossible de savoir à l'avance dans quelle proportion le péritoine est adhérent à la tumeur, et s'il ne sera pas nécessaire d'ouvrir la cavité péritonéale ou de réséquer une partie de la membrane. Ni le volume de la tumeur, ni sa proéminence du côté de la cavité abdominale ne peuvent servir à reconnaître ces particularités.

Aussi doit-on toujours opérer avec les précautions employées dans toutes les laparotomies.

Malgré la dénudation du péritoine aminci, dans une étendue considérable, cette membrane s'accola par première intention aux parois abdominales et ne subit aucune altération.

Présentation de malade.

M. Poulet, membre correspondant, présente à la Société un militaire auquel il a pratiqué avec succès l'*uranoplastie* par le procédé de Baizean-Langenbeck pour réparer une *perforation de la voûte palatine.*

La perforation de la voûte était consécutive à une névrose syphilitique; ce soldat avait contracté un chancre induré en 1878. Sans parler des accidents secondaires multipliés, au mois de mai 1885 la voûte palatine devint le siège d'un gonflement et il apparut à sa partie moyenne une tumeur du volume d'un gros pois, qui s'ouvrit spontanément le 12 septembre. Entré au Val-de-Grâce, en octobre 1885, il fut soumis au traitement ioduré et aux frictions mercurielles; en même temps, la lésion était cautérisée à plusieurs reprises au nitrate d'argent et au nitrate acide de mercure; le stylet conduisait sur l'os nécrosé.

Le 7 novembre, un raclage avec la curette tranchante amena l'élimination de quelques fragments osseux. D'autres esquilles plus volumineuses sortirent également le 15 et le 16 novembre.

A partir de ce moment, la cicatrisation fut rapide, mais il resta une perforation gênante de plus d'un centimètre de diamètre, occupant la ligne médiane et au fond de laquelle on pouvait voir le vomer échancré par la lésion.

L'opération, par déplacement d'un double pont latéral, d'après le procédé de Baizeau-Langenbeck, a été pratiquée après anesthésie et la tête pendante, le 6 décembre. Une des palatines a été intéressée par l'incision latérale, la compression a suffi pour arrêter l'hémorrhagie assez gênante. Trois points de suture ont permis de réunir les bords de la plaie, préalablement avivés. Pansement à l'iodoforme. Les fils sont retirés le 11 décembre, et la réunion est complète. Les plaies latérales, d'abord gonflées, se cicatrisent peu à peu, et aujourd'hui, moins de vingt jours après l'opération, le résultat est parfait.

Renouvellement du bureau.

Dans le cours de la séance, la Société a procédé, par voie de scrutin, aux élections annuelles du renouvellement du bureau pour l'année 1886.

Président : 26 votants.

M. Horteloup, ayant obtenu 25 suffrages, est nommé président pour l'année 1886.

Vice-président : 24 votants.

M. Lannelongue obtient..........	17	suffrages.
M. Désormeaux —	4	—
M. Delens —	1	—
Bulletins blancs..................	2	

M. Lannelongue est nommé vice-président pour l'année 1886.

Premier *secrétaire annuel :* 24 votants.

M. Delens obtient......	23	suffrages.
M. Terrillon —	1	—

M. Delens est nommé premier secrétaire annuel pour l'année 1886.

Deuxième *secrétaire annuel :* 24 votants.

M. Terrillon obtient.............. 23 suffrages.
M. Terrier — .... 1 —

M. Terrillon est nommé deuxième secrétaire annuel pour l'année 1886.

MM. Terrier et Berger sont prorogés, par acclamation, le premier, dans ses fonctions d'archiviste ; le second, dans celles de trésorier.

MM. Berger, Chauvel, secrétaire général, et Polaillon composent un *comité de congés* destiné à contrôler les demandes qui sont adressées, à ce sujet, à la Société.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 30 décembre 1885.

Présidence de M. Duplay.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr Dubar (de Lille), annonçant à la Société le décès de M. Parise, membre correspondant national ;

3° *Suite d'observation d'anévrysme bilatéral poplité*, par le Dr Cauchois (de Rouen), M. Cruvelhier, rapporteur ;

4° Mémoires de médecine et de chirurgie, article Peau, du *Dictionnaire encyclopédique,* par le professeur Masse (de Bordeaux).

Rapports.

Premier rapport de M. Nepveu.

M. le professeur Masse (de Bordeaux) vous a présenté l'histoire d'un fait rare de *polype fibro-muqueux de l'amygdale gauche;* dans sa thèse M. Passaguay n'en cite qu'un seul exemple. Celui que vous envoie M. Masse est particulièrement remarquable par l'étude minutieuse qui en a été faite au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Polype fibro-muqueux de l'amygdale gauche. — Ablation, guérison, par M. Masse, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux.

Observation. — Je viens d'observer un cas de polype fibreux qui a le plus grand rapport avec celui du Dr Julia, dont l'observation me parait fort précise.

Le polype dont il s'agit s'insérait sur l'amygdale gauche à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de cette glande; son pédicule était rétréci, pas plus gros qu'une plume d'oie, sa longueur était d'environ 3 centimètres ; il présentait sur son étendue trois renflements successifs du volume d'un grain de groseille.

Ce polype était mobile, il se portait tantôt en avant vers la pointe de la langue quand le malade crachait avec force, soit en arrière vers l'épiglotte dans les fortes inspirations.

Le malade se sentait bien souvent des envies irrésistibles de tousser et de cracher ; il avait parfois des enrouements subits de la voix, qui disparaissaient très vite. Le polype descendait jusqu'au voisinage de l'épiglotte, il chatouillait sans doute les replis arythéno-épiglottiques, et, s'il eût grossi, il eût pu oblitérer le larynx en faisant bouchon ou soupape sur le vestibule de la glotte.

Appelé pour une angine légère auprès du malade, atteint de cette tumeur, je fus très étonné d'apercevoir à l'examen de la gorge ce polype qui oscillait comme un véritable battant de cloche. Mon malade me raconta qu'il était sujet à des indispositions de ce genre, mais il ne savait en aucune façon qu'il avait une tumeur quelconque dans la bouche.

Le polype était rouge et d'un tissu mou, en tout comparable, pour la consistance, à la muqueuse pharyngienne; en l'explorant avec le doigt on pouvait voir qu'il était résistant et bien implanté, il n'avait aucune tendance à saigner et à se déchirer. Je fis absorber 4 grammes de bromure de potassium à mon malade et j'ajournai au lendemain l'extirpation de la petite tumeur. La sensibilité pharyngienne ne fut pas notablement diminuée. Pour extirper ce petit polype, je voulais le saisir avec des pinces avant de le couper. Il me fut impossible d'obtenir assez de tranquillité de la part de mon malade pour pouvoir, sans danger, aller sectionner le pédicule de sa tumeur. J'essayai vainement

de tordre le polype pour l'arracher, le pédicule était très résistant quoique très étroit.

Ayant fait largement ouvrir la bouche à mon malade, je pus sectionner d'un seul coup avec des ciseaux-pinces à luette le pédicule de mon polype et l'amener au dehors. L'examen microscopique a été fait dans le laboratoire de mon collègue et ami le professeur Coyne. La tumeur que nous avons examinée ensemble était bien un polype fibreux; elle était recouverte d'une muqueuse dermo-papillaire, elle avait une charpente de tissu conjonctif avec un réseau assez abondant de vaisseaux : il y avait au centre de la tumeur une certaine quantité de graisse infiltrée dans les mailles du tissu conjonctif; mais nulle part on ne voyait de cavité kystique, rien qui pût rappeler le propre de l'amygdale. La tumeur que j'avais sous les yeux n'était donc pas un fibrome proprement dit de l'amygdale, elle n'avait pas été formée par la charpente connective de cet organe ; on ne pouvait attribuer son origine ni à la tunique adventice des vaisseaux, ni au tissu réticulé des follicules, ni aux glandes acineuses de la région. Le polype fibreux que j'ai observé était certainement dû à une hypertrophie, ou plutôt à une hyperplasie du chorion muqueux de l'amygdale.

Il s'agissait d'une tumeur essentiellement bénigne, pour laquelle on n'avait pas à craindre de récidive.

Le pédicule sectionné a fort peu donné de sang et la cicatrisation a été des plus rapides. Le malade se porte admirablement et on ne voit même plus trace de cicatrice au niveau du point d'implantation de la tumeur.

Telle est, en résumé, la courte observation de M. Masse. J'ai l'honneur de vous proposer de la publier intégralement dans vos *Bulletins* et de placer M. Masse dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Deuxième rapport de M. NEPVEU.

M. le Dr HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) vous a lu une observation qu'il intitule à tort *chondrome kystique du cou.*

J'ai pu en faire l'examen microscopique et je n'ai trouvé là qu'un kyste thyroïdien à parois calcifiées. Sur deux points de ce kyste on rencontre encore quelques masses faisant saillie dans l'intérieur du kyste et contenant des lobules thyroïdiens assez volumineux et en voie d'évolution hypertrophique.

Cette calcification des kystes thyroïdiens est rare; aussi je joins à mon rapport l'observation presque entière de M. Houzel.

Chondrome kystique du cou, rectifié par M. NEPVEU, *kyste thyroïdien , à parois calcifiées; ablation; guérison*, par M. HOUZEL (de Boulogne).

OBSERVATION.—Mlle Maria Sh..., grande et vigoureuse fille de 22 ans,

pesant 94 kilogrammes, a été réglée à 11 ans et demi et ne se souvient pas d'avoir été malade. Vers 12 ans, elle eut un engorgement des ganglions du cou qui disparut seul, et après lequel elle s'aperçut du commencement de la tumeur qui l'oblige aujourd'hui à venir réclamer nos soins.

Dès le début, cette tumeur était environ du volume d'une noisette ; grossissant insensiblement, malgré divers traitements, elle est aujourd'hui comme un gros œuf de dinde et commence à gêner la respiration et la déglutition.

Elle est située sur le côté gauche du cou, proéminante en avant, à la hauteur de l'espace occupé généralement par la glande thyroïde, qui est ici très peu développée : car elle n'est pas accessible au toucher; dure, offrant en bas, en dedans et en arrière une consistance cartilagineuse. Elle ne laisse pas percevoir de fluctuation manifeste. En l'abandonnant à elle-même, elle est entraînée en haut par les mouvements de déglutition ; mais si on vient à la fixer avec les doigts, elle ne suit plus les mouvements du larynx. Mobile en tous sens, elle n'est adhérente que par sa partie profonde, qui paraît assez large. La seule bosselure qu'elle présente est une sorte de bec, de consistance cartilagineuse, situé en avant et en bas. M. Houzel porte le diagnostic de chondrome kystique. L'ablation proposée fut acceptée et pratiquée le 8 juin avec l'assistance du Dr Dutertre.

Une incision légèrement courbe, à convexité inférieure, longue de 7 centimètres, nous fait arriver sur la tumeur; nous laissâmes alors le bistouri, pour ne plus nous servir que des doigts et de la sonde cannelée.

Les lambeaux sont disséqués avec le doigt, et le kyste, étant isolé de toutes parts, sauf à son point d'implantation profonde, est embroché avec un ténaculum et attiré au dehors. Par les points d'entrée et de sortie du tenaculum s'élancent deux jets d'un liquide citrin indiquant que l'intérieur du kyste est soumis à une haute pression.

La tumeur amenée au dehors, le pédicule, large environ comme la pulpe du pouce, est déchiré avec la sonde cannelée et les doigts.

Il contenait cinq artères, dont une inférieure assez volumineuse; elles sont liées avec le catgut.

La plaie, ayant été minutieusement nettoyée avec une solution phéniquée forte, est suturée avec six crins de Florence; un drain est placé dans l'angle inférieur avec un pansement de Lister, une couche de ouate recouvrant le tout.

Le 8 au soir : pouls, 84 ; température 37°,4. Il y a un peu de dysphagie, les mouvements de déglutition sont douloureux; la malade a pu cependant prendre un potage et du vin.

Le 9 mars, nous trouvons la malade levée depuis six heures du matin. La nuit a été bonne. Le pouls est à 84 et la température à 37°,3 ; la dysphagie a plutôt augmenté. Le pansement n'est souillé que par un peu de sérosité rougeâtre. Potages. Chocolat.

Le soir, le pouls est à 96, la température à 37°,9.

Le 10 au matin, la dysphagie a diminué ; la malade a mangé un œuf. Pouls, 80 ; température, 37°,2.

Le pansement renouvelé est propre; nous coupons le drain de façon à ne laisser qu'une virole pour empêcher la réunion des lèvres de la plaie. La suture est rosée, sans la moindre inflammation.

Le soir, pouls 84, température 37°,5.

Le 11, pouls 72; température 37°,2. Le drain est retiré; un peu de sérosité coule encore par la petite plaie.

La guérison s'acheva sans qu'il y ait eu rien de plus à noter. Les sutures furent retirées le 14, la réunion était complète; le peu de sérosité qui s'écoulait encore par le passage du drain était tari. Le 22 juin, la guérison était définitive. La seule trace de l'opération est une cicatrice filiforme cachée dans les plis naturels du cou.

Discussion.

M. Trélat. J'ai aussi eu à traiter, d'un kyste thyroïdien calcifié, un homme de 33 ou 34 ans, vigoureux, mais dont l'état général avait été affaibli par des cautérisations antérieures qui n'avaient donné d'autre résultat qu'une fistule profonde : au bout de 6 mois il me fut envoyé : j'ai, avec l'écraseur linéaire, fait une large incision du kyste en agrandissant par conséquent la fistule; la cavité fut détergée, et une fois les concrétions calcaires, qui incrustaient les parois, enlevées, il y eut guérison complète. Ce sont des cas embarrassants où échoue toute méthode d'injection et qui ne peuvent guérir qu'en modifiant la cavité d'une façon énergique.

Les conclusions proposées par M. Nepveu pour ses deux rapports sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Arrêt de développement du membre inférieur consécutif à une pseudarthrose des os de la jambe remontant à l'enfance, par M. Paul Berger.

Il est instructif de suivre et d'étudier jusque dans l'âge adulte ou dans la vieillesse les conséquences éloignées de lésions qui se sont produites pendant la première enfance : c'est à ce point de vue que la pièce que je mets sous vos yeux présente un intérêt tout particulier.

Elle provient d'un pensionnaire de Bicêtre, âgé de 57 ans; à l'âge de 9 mois il avait été atteint d'une fracture au tiers inférieur de la jambe droite, fracture sur la cause et le mode de production de laquelle je ne puis vous donner de renseignement; cette frac-

ture ne s'était jamais consolidée, et le sujet en question n'avait jamais pu se servir de ce membre pour la marche, dont il n'usait du reste que fort peu, restant assis la plus grande partie de son existence. Quoique impotent néanmoins, le membre inférieur droit n'était le siège ni de paralysie, ni de contractures ou de rétractions. Les lésions dont il était le siège n'étaient pas les seules que présentât ce malade; il était atteint d'une scoliose extrêmement prononcée, sur les caractères de laquelle je vais revenir tout à l'heure; mais ses autres membres étaient bien développés et ne présentaient pas traces de déformations rachitiques. Le malade avait été admis dans mon service, où je pus le voir tous les jours pendant plus de 2 ans; je l'examinai à plusieurs reprises : il finit par succomber à la tuberculisation pulmonaire. Le membre atteint de pseudarthrose a été recueilli, et je vous présente la pièce telle qu'elle a été fort habilement préparée par un de mes internes, M. Dubarry.

La pseudarthrose, ainsi que vous pouvez le voir, siège au tiers inférieur de la jambe droite. Elle présente une grande mobilité dans le sens de la flexion, mais on ne peut la ramener à l'état d'extension, ni corriger entièrement l'angle saillant en avant que déterminent par leur juxtaposition les extrémités des fragments : l'articulation nouvelle, d'ailleurs, est mobile en tous sens, mais les mouvements dans le sens de la latéralité sont très limités.

L'examen de la pièce nous présente à envisager : 1° l'articulation nouvelle; 2° la disposition des parties qui l'avoisinent; 3° l'état du membre inférieur envisagé dans son ensemble.

I. — La *pseudarthrose* est une pseudarthrose double, chacun des os qui y prennent part, tibia et péroné, présentant entre ses fragments, supérieur et inférieur, une articulation indépendante.

Du côté du *tibia*, le fragment supérieur se termine en pointe mousse; il est reçu dans une concavité creusée aux dépens de la face postérieure de l'extrémité supérieure du fragment inférieur, qui est assez régulièrement excavée pour le recevoir; ces surfaces articulaires sont très mobiles l'une sur l'autre, mais ne peuvent s'écarter : elles sont éburnées et paraissent recouvertes par une sorte de tissu fibro-cartilagineux peu adhérent, irrégulier, offrant des bourgeons analogues aux ecchondroses périphériques de l'arthrite sèche. La cavité articulaire se réduit à une fente assez étendue située entre ces surfaces; elle est tapissée en totalité par le tissu fibro-cartilagineux que nous venons de mentionner. Un ligament fibreux, extrêmement puissant, forme une sorte de capsule qui réunit les extrémités osseuses, les maintient en contact, et qui n'est autre que le manchon périostique excessivement épais et résistant.

Les mêmes dispositions existent du côté de la fracture du *péroné*, qui s'était constituée en pseudarthrose analogue à celle du tibia et présentait cependant les différences suivantes : la cavité articulaire de nouvelle formation est plus vaste ; elle présente une sorte de cul-de-sac supérieur remontant en avant de l'extrémité du fragment supérieur. La surface interne est lisse, humide et absolument semblable à celle d'une synoviale articulaire normale ; on n'observe pas sur les surfaces articulaires le revêtement fibro-cartilagineux et les ecchondroses qui s'observent au niveau de la pseudarthrose du tibia : l'articulation du péroné est d'ailleurs beaucoup plus lâche que celle du tibia, quoique les surfaces qui la constituent soient à peu près homologues, et qu'elle soit pourvue, comme la précédente, d'un manchon capsulaire qui fait suite au périoste.

Je regrette de n'avoir pu faire examiner le tissu fibro-cartilagineux et le revêtement synovial de ces néarthroses ; il eût fallu pour cela sacrifier la pièce que je tenais à conserver intacte ; mais, malgré cette lacune, on ne peut douter qu'il s'agisse ici d'un exemple de cette variété de pseudarthrose, dont l'existence, niée par Boyer, n'est encore prouvée que par des observations anatomiques peu nombreuses comme celles de A. Key, de Cruveilhier, de Ribes, de Letenneur, comme celle que Chassaignac a présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 26 septembre 1856. — L'articulation nouvelle présente ici les caractères indiscutables d'une double diarthrose ; elle rentre dans la catégorie des *pseudarthroses fibro-synoviales*, ainsi nommées par M. Bérenger-Féraud, dans son Traité des fractures non consolidées, et comme les deux os qui entrent dans sa constitution sont associés pour former une articulation double, on pourrait la considérer comme une véritable *amphicondylarthrose*.

II. — L'état des différents tissus et des différents organes au voisinage de cette pseudarthrose mérite quelques détails :

Les *os*, quoique se terminant par une extrémité effilée vers la fracture, du moins pour ce qui est des fragments supérieurs, ne sont nullement atrophiés ni raréfiés dans leur substance : la lame compacte des diaphyses est, au contraire, très dense et très épaisse ; le canal médullaire du tibia est très réduit de volume et contient de la moelle jaune liquide en petite quantité.

Vous savez que dans un certain nombre de cas on a trouvé les *articulations* conjointes situées au-dessus ou au-dessous de la pseudarthrose atteintes d'ankylose : elles présentent ici leur disposition et leurs caractères normaux, sur lesquels je me dispense d'insister ; tous les ligaments sont parfaitement reconnaissables ;

il existe plutôt de la laxité articulaire que de la raideur, tant au niveau du genou qu'à l'articulation tibio-tarsienne et aux autres articulations du pied : l'articulation péronéo-tibiale supérieure, notamment, est douée d'une extrême mobilité.

Les *muscles*, quoique grêles et présentant un corps charnu peu développé, sont dans leurs rapports normaux : les faisceaux musculaires, quoique plus rares, offrent leur coloration ordinaire et leurs autres caractères habituels ; ils ne sont certainement pas dégénérés, mais leur aspect rappelle celui que l'on observe dans les pieds-bots congénitaux : longueur et gracilité du tendon, brièveté du muscle proprement dit. Les muscles du pied, les muscles plantaires et interosseux, sont normaux. La seule disposition à mentionner est celle que présentent les tendons du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils au niveau de la saillie de la fracture : ils glissent dans une coulisse synoviale parfaitement distincte dans l'intervalle des pseudarthroses tibiales et péronières.

Les *vaisseaux* et les *nerfs* ne présentent rien de particulier à noter, si ce n'est que les cordons nerveux semblent relativement volumineux ; leur aspect extérieur est d'ailleurs absolument normal dans toute leur étendue.

Ce n'était qu'au niveau des *téguments* du pied et surtout des orteils, que l'on pouvait trouver les traces d'une sorte de lésion de nutrition. Du vivant du malade, j'avais déjà noté la coloration particulière des orteils, qui étaient cyanosés au point que l'on eût pu croire à un commencement de gangrène, à une sorte d'asphyxie locale. Ils n'étaient, d'ailleurs, le siège d'aucun trouble trophique proprement dit, et la croissance des ongles n'était pas modifiée. Il s'agissait probablement d'un trouble circulatoire, dû à la distension ou à la compression des vaisseaux et surtout des vaisseaux tibiaux antérieurs, au niveau de la saillie déterminée par l'articulation nouvelle.

III. — Si j'ai autant insisté sur l'état des tissus et des organes qui avoisinaient cette dernière, c'est afin d'établir qu'ils n'étaient le siège d'aucune altération pathologique, ancienne ou récente, d'aucun processus de dégénération, fait qui, du reste, pouvait être pressenti d'après les résultats de l'examen du membre pendant la vie, puisque ce membre n'avait jamais présenté de trouble grave de l'innervation sensitive ou motrice. Cela est d'autant plus important à noter, que nous allons voir que *le membre inférieur droit tout entier était atteint d'un véritable arrêt de développement caractérisé par un défaut de son accroissement dans toutes les dimensions.*

L'inspection la plus superficielle montrait en effet qu'il était réduit dans toutes ses dimensions, et cela pour chacun des segments qui le composaient. Voici à cet égard les chiffres que j'ai pu recueillir par la mensuration comparée des extrémités inférieures droite et gauche :

Longueur du pied mesurée de la saillie du talon à l'extrémité du gros orteil : à droite, 18 centimètres ; à gauche, 24 centimètres.

Circonférence du pied au niveau du scaphoïde : à droite, 17 centimètres ; à gauche, 21 centimètres et demi.

Circonférence du cou-de-pied au niveau des malléoles : à droite, 17 centimètres ; à gauche, 20 centimètres et demi.

Les dimensions de la jambe, en raison de la lésion dont était atteinte la jambe droite, devaient être laissées de côté ; mais au-dessus même du segment de membre intéressé par la fracture, nous trouvons la même diminution dans les dimensions du squelette du côté lésé ; c'est ainsi que la rotule nous a donné les mensurations comparatives que voici :

Diamètre transversal : à droite, 407 millimètres ; à gauche, 550 millimètres.

Diamètre vertical : à droite, 503 millimètres ; à gauche, 603 millimètres.

Le fémur lui-même, mesuré du grand trochanter à la saillie du condyle externe, donnait : à droite, 36 centimètres ; à gauche, 38 centimètres et demi.

Là même ne s'arrêtait pas le défaut d'accroissement du membre inférieur droit ; le bassin y participait lui-même : au premier abord, il semblait plus étroit du côté droit, et la mensuration pratiquée donnait les résultats suivants :

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la symphise pubienne : à droite, 21 centimètres et demi ; à gauche, 24 centimètres.

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe du coccyx : à droite, 15 centimètres et demi ; à gauche, 18 centimètres.

Les dimensions verticales du bassin ne semblaient pas modifiées ; il existait d'ailleurs une élévation notable du côté droit du bassin, coïncidant, comme je l'ai dit, avec une scoliose type, à convexité très notable, tournée vers la gauche, pour la région lombo-dorsale ; avec une autre convexité en sens inverse, tournée vers la droite, mais à beaucoup plus petit rayon, à la partie supérieure de la région dorsale. La déformation concomitante de la cage thoracique était caractéristique.

Un fait indiscutable ressort de cet examen, c'est qu'il existe un arrêt de développement du membre inférieur droit, qui se trouve atteint et réduit dans toutes ses dimensions. Cet arrêt de l'accroissement, quoiqu'il ait atteint toutes les parties constituantes du

membre, a porté son action plus particulièrement sur le squelette, moins sur le système musculaire, moins encore sur les vaisseaux et les nerfs, qui paraissent presque normaux. Il ne s'est du reste accompagné ou n'a été précédé ou suivi d'aucune dégénération des tissus, car il est indubitable que si les muscles n'ont pas leur volume et leur longueur ordinaire, leur aspect exclut absolument l'idée d'une paralysie ou de rétractions, dont l'absence, du reste, avait été bien et dûment constatée pendant la vie. Il nous paraît donc impossible de rapporter à autre chose qu'à la non-consolidation d'une fracture survenue à l'époque du premier développement du membre et à l'inactivité fonctionnelle qui en fut la suite cette infériorité dans le développement de l'extrémité inférieure.

S'il s'agissait ici d'un fait d'observation complètement isolé, je pourrais peut-être conserver quelques doutes ; mais, par une heureuse coïncidence, il m'était donné en même temps d'observer une jeune fille, atteinte depuis sa première enfance d'une pseudarthrose de la jambe, et de retrouver chez elle, sur le membre blessé, les mêmes lésions consécutives, quoiqu'un peu moins prononcées, que celles que j'avais découvertes sur mon malade de Bicêtre. Voici en quelques mots l'histoire de ce cas, telle que j'ai pu la reconstituer, d'après les commémoratifs un peu vagues fournis par la mère de l'enfaut en question.

Une jeune Alsacienne, Caroline Hochstetter, actuellement âgée de 13 ans, avait été atteinte d'une déformation rachitique de la jambe gauche (tibia en lame de sabre), qui s'était accrue jusqu'à l'âge de 2 ans. A cette époque, elle marchait, mais avec une claudication des plus prononcées. C'est pour remédier à cette déformation que notre collègue M. Jules Bœckel avait pratiqué l'ostéoclasie lorsque la malade était âgée de 4 ans ; le membre redressé fut laissé deux mois dans les appareils; mais dès que l'enfant recommença à marcher, le cal fléchit, et la déformation angulaire réapparut et devint assez notable pour empêcher presque complètement la marche.

Il y a sept ans que M. Jules Bœckel se résolut à pratiquer une nouvelle opération; il eut recours à l'ostéotomie; mais la consolidation osseuse ayant fait défaut, il fallut recourir, à trois reprises, paraît-il, à la résection des fragments, suivie de suture osseuse. Malgré tous ces efforts, la réparation ne put s'opérer; les parents refusèrent toute nouvelle intervention, et l'enfant conserva une pseudarthrose complète au tiers inférieur de la jambe gauche.

Cette pseudarthrose, dont l'origine remonte donc à la deuxième opération pratiquée, c'est-à-dire à six ans environ, paraît une pseudarthrose flottante, avec chevauchement et excessive mobilité des extrémités osseuses; les os de la jambe font un angle prononcé, saillant en dehors; le pied est déjeté en dedans. Des cicatrices irrégulières existent aux côtés interne et externe de la jambe. Néanmoins la marche

est possible pendant un temps assez long, une demi-heure à une heure, grâce à un appareil constitué par une bottine à semelle surélevée et munie de tuteurs latéraux en acier et d'une jambière lacée.

J'ai pris chez cette jeune fille les dimensions du pied et de la jambe, et voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Longueur du pied : à gauche, 16 centimètres ; à droite, 21 centimètres.

Circonférence du pied au niveau du scaphoïde : pied gauche, 16 centimètres; pied droit, 19 centimètres.

Circonférence du cou-de-pied au niveau des malléoles : jambe gauche, 17 centimètres; jambe droite, 20 centimètres.

Ainsi il existe une diminution des dimensions du segment du membre inférieur à la pseudarthrose dans toutes ses mesures. Je ne parlerai pas des mensurations faites à la jambe, la diminution de longueur des os et la gracilité du membre pouvant s'expliquer par le seul fait des opérations pratiquées. Mais l'examen de la rotule fait reconnaître, ici encore, une réduction notable de ses dimensions :

Rotule, diamètre transversal : à gauche, 4 centimètres et demi; à droite, 5 centimètres et demi.

Diamètre vertical : à gauche, 5 centimètres; à droite, 6 centimètres.

En revanche, quoiqu'il y eût un amaigrissement notable de la cuisse gauche (32 centimètres de circonférence au lieu de 38), la longueur du fémur ne paraît pas diminuée ; les diamètres du bassin ne semblent pas non plus avoir subi de réduction. Il n'existe d'ailleurs ni attitude vicieuse, ni déviation du bassin, ni scoliose.

L'enfant est saine et bien portante ; elle ne présente aucun autre caractère de rachitisme; les mouvements du membre blessé sont aussi parfaits que le permet la pseudarthrose.

On aurait pu se demander si, chez le sujet de notre première observation, la scoliose n'était pas consécutive à l'arrêt de développement du membre inférieur. Bien que chez notre seconde malade cet arrêt de développement fût un peu moins marqué et surtout plus limité, l'absence de toute déviation rachidienne chez elle semble donner tort à cette conception d'ailleurs fort hypothétique. Tout ce que l'on est en droit d'admettre, peut-être, à cet égard, est l'influence que l'attitude vicieuse a pu avoir comme cause occasionnelle du développement d'une scoliose chez un sujet prédisposé.

Il n'en est pas moins vrai que, de l'examen de deux cas, il ressort que la non-consolidation d'une fracture de la jambe, dans le jeune âge, est suivie d'un arrêt de développement dans l'accroissement

de ce membre; que cet arrêt porte non seulement sur le segment du membre inférieur à la pseudarthrose, mais même, dans une extrême mesure, sur les parties supérieures; qu'il ne s'accompagne d'aucune altération pathologique, d'aucune dégénération, d'aucune modification organique profonde dans les tissus et dans les appareils qui concourent à la constitution de l'extrémité blessée. D'après nos observations, l'arrêt de développement et le défaut d'accroissement seraient d'autant plus marqués et d'autant plus étendus que la fracture et la pseudarthrose se seraient produites à une époque plus rapprochée de l'origine de formation du squelette.

Tel est le résultat dont je voulais vous faire part; il attend sa confirmation de faits nouveaux qui ne peuvent manquer de se produire, car les exemples de non-consolidation de fractures de la première enfance ne doivent malheureusement pas être fort rares. Mais, comme l'arrêt de développement que je signale ne me paraît pas avoir été mentionné jusqu'à présent, j'ai pensé qu'indépendamment de l'intérêt qui peut s'attacher à l'examen d'une pièce assez rare de pseudo-diarthrose fibro-synoviale constituant une amphi-condylarthrose accidentelle, il pouvait être utile en le portant à votre connaissance d'appeler sur ce point de nouvelles recherches et de nouvelles observations.

Discussion.

M. Trélat. Je ne puis admettre qu'avec de grandes réserves la conclusion posée par M. Berger à propos des deux malades dont il nous a parlé. — En effet, il s'agit de sujets atteints de fractures de l'enfance non consolidées, et cela par conséquent à une époque où les fractures ont une grande tendance à la consolidation ; tous les organes sont sains, et cependant une atrophie générale porte sur tous les tissus du membre fracturé. Ne vous êtes-vous pas trompé? et les individus en question n'avaient-ils pas eu une paralysie spinale ?

Cette absence de réunion et la multiplicité des lésions observées chez ces deux malades me frappent, et au lieu d'attribuer l'atrophie à la pseudarthrose, j'aurais plus de tendance à croire que ces deux lésions se sont produites conjointement sous l'influence directe d'une altération primitive du système nerveux central

M. Duplay. Je tiens à corroborer les réflexions émises par M. Trélat, car je partage absolument les mêmes idées. — Il me semble impossible de rapporter à une lésion purement locale tous les troubles trophiques dont il vient d'être parlé, et je pense qu'il

s'agit ici, tant pour la pseudarthrose que pour l'atrophie du membre, de conséquences dépendant d'une lésion médullaire primitive ou secondaire, comme celle des amputés.

M. Berger. Il n'existait aucun signe de paralysie infantile ni de lésion médullaire chez l'un ni chez l'autre de mes malades, et c'est à la suite de la fracture non consolidée que se manifestèrent les phénomènes d'atrophie; chez mon malade, l'autopsie a été faite, mais l'examen histologique médullaire n'est pas encore terminé; les nerfs ne révélaient absolument rien d'anormal. La jeune fille rachitique fut opérée par le Dr J. Bœckel par l'ostéoclasie, et la consolidation eut lieu: comme elle se refractura le membre, on fit l'ostéotomie, et la consolidation fit défaut; ce fut alors que survint l'atrophie et un arrêt considérable dans le développement du membre. Je ne retire donc absolument rien de l'opinion que j'ai émise, à savoir que c'est à la suite de la pseudarthrose que l'atrophie s'est manifestée.

M. Poulet. M. Berger dit que les nerfs sont sains, sur quoi se fonde-t-il pour affirmer cette opinion, puisque l'étude histologique n'en a pas été faite?

M. Berger. Les nerfs n'ont pas été examinés parce qu'ils paraissaient très bons; certains d'entre eux sont plutôt hypertrophiés qu'atrophiés; de plus, je désirais laisser à la pièce anatomo-pathologique son intégrité parfaite; — quant à la moelle, elle sera l'objet d'une étude histologique complète.

M. Duplay. M. Berger pose, il me semble, une déduction prématurée. — L'examen histologique des nerfs devrait même précéder celui de la moelle; je le répète, la lésion secondaire de cet organe nerveux central peut avoir agi et atrophié le membre, comme chez les amputés, et il est impossible de se prononcer d'une façon définitive sur la cause des lésions trophiques observées avant ces deux examens histologiques.

M. Berger soutient de nouveau son opinion et ajoute que si même l'histologie, qui va être pratiquée, démontre une altération des nerfs et de la moelle, cette altération peut fort bien être consécutive à la non-consolidation de la fracture.

Présentation de pièce anatomo-pathologique.

M. Poncet (de Lyon) présente le crâne d'un sujet, offrant au niveau de la suture sagittale une tuméfaction osseuse considé-

rable d'origine professionnelle; l'individu avait été scieur de long et soulevait fréquemment la planche à scier avec le sommet de la tête pour la faire avancer ; au niveau du cuir chevelu recouvrant la saillie se trouvait une bourse séreuse. — Cette déformation peut avoir de l'intérêt, au point de vue de la médecine légale, comme signe d'identité.

Élection.

La Société procède par voie de scrutin à l'élection d'un membre titulaire.

La commission a classé les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Kirmisson;

En deuxième ligne, MM. Peyrot et Schwartz;

En troisième ligne, MM. Prengrueber, Quénu et P. Segond.

Le nombre des votants est de 30; majorité 16.

M. Kirmisson obtient............... 26 suffrages.
M. Peyrot......................... 4 —

En conséquence, M. Kirmisson, ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Deux autres scrutins ont lieu pour la nomination de commissions chargées d'examiner les titres des candidats aux places de correspondants nationaux ou étrangers.

Pour les correspondants nationaux :

Commission composée de MM. Horteloup, Chauvel, secrétaire général, Polaillon, Le Dentu, Reclus.

Pour les correspondants étrangers :

Commission composée de MM. Terrier, Sée, Pozzi, Lucas-Championnière, Chauvel, secrétaire général.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
P. Gillette.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 49.2.86. *Le Gérant :* G. MASSON.

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

F

G

H

J

K

L

M

N

P

Le gérant : G. Masson.

Paris. — Soc. d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 38.2.86.